

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

506

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

Par JOSEPH CHOMPRET,

Né à Éclaron (Haute-Marne), le 18 août 1869.

ESSAI

SUR

LES GINGIVITES INFECTIEUSES

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { DELBET, agrégé.
CHAUFFARD, agrégé.
LEJARS, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **T H È S E** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

Par JOSEPH CHOMPRET,

Né à Éclaron (Haute-Marne), le 18 août 1869.

ESSAI

SUR

LES GINGIVITES INFECTIEUSES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. {
DELBET, agrégé.
CHAUFFARD, agrégé.
LEJARS, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON TRÈS CHER PÈRE.

Mon premier Maître.

A MA BONNE MÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0001

ESSAI

SUR

LES GINGIVITES INFECTIEUSES

INTRODUCTION

Notre intention dans ce travail est de montrer les rapports intimes qui lient les gingivites aux maladies infectieuses, aux intoxications et aux maladies de nutrition (cachexies, troubles trophiques) et d'exposer le rôle important que toutes ces causes d'affaiblissement de l'organisme jouent dans la pathogénie de ces lésions inflammatoires locales.

Dans une première partie, après avoir donné un aperçu de la marche habituelle de la gingivite en général, nous décrirons chaque variété de cette affection d'après son étiologie.

Nous passerons en revue, dans une seconde partie, les causes de la gingivite, causes locales et causes générales ; nous verrons les lésions qu'elle crée et les complications qu'elle peut amener.

Enfin, dans une troisième partie, nous indiquerons comment on doit procéder pour arriver au diagnostic des diverses

variétés de gingivites, sur quelles données repose leur pronostic et comment on doit les traiter.

Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à remplir un devoir envers nos différents maîtres dans les hôpitaux. Que MM. les professeurs Le Dentu et Pinard veuillent bien accepter tous nos remerciements pour leur enseignement si brillant de la chirurgie et de l'obstétrique.

Nous prions MM. les docteurs Richelot, Chauffard, Quénu, Sébilleau, de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude pour les bonnes leçons cliniques qu'ils nous ont données.

M. le docteur Hanot nous permettra de l'assurer en particulier de la profonde reconnaissance que nous lui avons pour les savants conseils qu'il nous a prodigués et pour l'affabilité qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Au docteur Gastou, notre ancien interne, notre excellent ami qui nous guida dans cette étude, cordialement, merci !

M. le professeur Fournier voudra bien être assuré de la sincère reconnaissance que nous lui avons, pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Étude clinique de la gingivite.

L'inflammation des gencives peut suivre une marche aiguë ou chronique, mais quoi qu'il en soit elle peut effectuer une évolution comprenant schématiquement trois périodes :

Infection simple ;
Infection suppurative ;
Infection destructive.

Chaque période peut se manifester indépendamment des autres, suivant la cause qui a produit l'infection ou selon le terrain sur lequel elle évolue. On peut revoir alors des formes isolées correspondant aux trois affections suivantes ;

Gingivites simples ;
Gingivites purulentes ;
Gingivites gangréneuses.

Nous allons décrire rapidement chacune de ces formes.

§ I. — Gingivite simple.

Cette sorte d'inflammation gingivale a été décrite aussi sous les noms d'érythémateuse et même de catharrale (1).

Des malaises généraux assez légers, passant souvent inaperçus, marquent le début de l'infection ; l'inappétence seule peut être assez prononcée ainsi qu'une certaine sécheresse de la bouche pour que le malade ait l'attention attirée du côté de ses gencives.

La muqueuse est déjà rouge, chaude, plus ou moins douloureuse. Bientôt la gêne des mouvements de la mâchoire augmente, l'haleine est forte, la salivation est augmentée.

Si l'on examine la bouche, on trouve que les gencives sont tuméfiées, ramollies, humides. Un liseré rouge vif, large de 2 ou 3 millimètres et situé sur le bord libre des gencives, tranche avec la coloration rouge foncé du reste de la muqueuse. Par places on peut voir, non loin des dents, une pellicule blanchâtre recouvrant la muqueuse enflammée.

Parfois il y a un peu d'engorgement ganglionnaire.

Cette forme de gingivite guérit en général très facilement et très rapidement ; toutefois elle peut se transformer en la forme suppurative que nous allons décrire.

§ II. — Gingivite purulente.

Cette variété, caractérisée par des ulcérations en général superficielles, débute par un état fébrile non constant. Le

(1) *Magilot*. Dict. encycl., article « Gencives ». — *Bontemps*. Th. Paris, 1880.

patient se sent mal à l'aise, il est fatigué, n'a pas d'appétit et se plaint d'avoir la bouche sèche et douloureuse.

Dans la suite les mouvements de la mâchoire deviennent presque impossibles : ce sont d'une part les ulcérations gingivales, et d'autre part l'engorgement ganglionnaire qui amènent cette gêne. Cependant la douleur devient plus sourde, mais plus profonde et le malade ne pouvant ni manger, ni parler, ni dormir, est plus ou moins prostré.

Les signes physiques sont plus prononcés que dans la gingivite simple : l'épithélium transparent est soulevé par une exhalation d'abord séreuse, devenant promptement purulente ; il tombe et laisse à nu le derme épaissi, gonflé. Cette surface saignant facilement, présente une couleur rouge vif à moins qu'elle ne soit recouverte par une sorte d'enduit sale, dans lequel on retrouve des débris alimentaires mêlés aux produits d'excrétion et de sécrétion de la bouche, en particulier du tartre. C'est sous cette couche plus ou moins épaisse que se forment des ulcérations superficielles qui, circonscrites assez souvent, peuvent se propager non seulement au reste des gencives, mais aussi à la face interne des joues et des lèvres.

La salivation est alors très grande et l'haleine fort fétide ; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

En huit ou quinze jours, par suite d'un traitement approprié, cette forme ulcéreuse suppurative peut guérir, sinon elle passe à l'état chronique ou devient gangréneuse.

§ III. — Gingivite gangréneuse.

La forme gangréneuse des gingivites peut succéder aux formes moins graves décrites antérieurement, mais le plus

souvent elle débute d'emblée chez des malades en cours ou en convalescence d'affections générales débilitantes (1).

Alors on voit s'aggraver les malaises généraux : céphalalgie, anorexie, adynamie, vertiges. Il se produit des hémorragies gingivales ; l'abondance de la salive gêne les malades et ceux-ci s'aperçoivent bientôt que leurs gencives douloureuses sont boursoufflées, molles, granuleuses et échancrées profondément au niveau du collet des dents. En cet endroit, il se forme un dépôt épais de tartre et de détritits épithélial. Tel est le premier stade de l'affection, l'état fongueux.

Bientôt sur le bord libre des gencives, apparaît un enduit blanc grisâtre, à forme pseudo-membraneuse ; en dessous se trouvent des ulcérations qui gagnent en profondeur et en étendue, produisant parfois des hémorragies répétées, en tout cas déchaussant les dents dont elles peuvent amener la chute. Voilà le stade ulcéreux.

L'infection continuant ses ravages, la muqueuse de rouge foncé qu'elle était, prend un aspect terreux : des plaques noirâtres de sphacèle se détachent et laissent à nu l'alvéole. La propagation peut se faire de tous côtés et amener des ravages tels dans l'organisme que la mort peut survenir.

Les signes fonctionnels ont subi la même aggravation : l'anorexie et l'insomnie sont complètes ; le malade ne peut plus manger, ni parler tant il souffre ; l'abondance de la sécrétion salivaire n'a d'égale que la fétidité de l'haleine : La diarrhée s'installe ; le pouls devient petit et fréquent ; la dyspnée précède de peu un état comateux dans lequel s'éteint le malade.

Des soins rapides et intelligents peuvent sauver quelques

(1) *Laboulbène*. France méd , 1878. — *Magitot*. Dict. encycl. — *Godelier*. Gaz. des hôp , 1861.

individus atteints de gingivites gangréneuses, mais la guérison est bien rare lorsqu'ont apparus les phénomènes graves d'auto-intoxication.

Entre ces variétés de gingivites peuvent prendre place des formes intermédiaires telles que les gingivites *fongueuses végétantes* et les gingivites *hypertrophiques* (1), avec épaissement de la muqueuse — formes chroniques ayant peu de tendance à progresser.

Citons enfin la forme *ulcéro-membraneuse* si remarquable par sa contagiosité (2).

(1) *Magilot*. Dict. encycl. « Gencives ».

(2) *Bergeron*. Dict. encycl. « Stomatite ».

CHAPITRE II

Etude clinique des variétés de gingivites.

Nous n'avons en vue ici que l'étude des gingivites, aussi ne parlerons-nous des stomatites et des arthrites alvéolo-dentaires que comme complications, Faisons toutefois remarquer que ces affections peuvent être antérieures aux gingivites et même les produire.

Les variétés de gingivites sont fort nombreuses ; pour la facilité de la description nous les diviserons d'après leurs causes productrices en

- Gingivites toxiques ;
- Gingivites infectieuses.
- Gingivites trophiques.

§ I. — Gingivites toxiques.

I. — MERCURE.

Le malade qui a absorbé une quantité plus ou moins grande de mercure, sous une forme quelconque, et qui va faire de la gingivite en est prévenu ordinairement par des malaises

généraux ; par de la céphalalgie : il a de l'agacement des gencives et un goût métallique spécial qui le gêne et le poursuit (1).

Bientôt la bouche est entièrement douloureuse de même que la région sous-maxillaire où se sont développés des ganglions. La mastication est difficile ; la salive s'écoule en abondance et une odeur fétide vient de l'haleine du malade. A une période plus avancée apparaît de la diarrhée et presque toujours l'urine contient de l'albumine.

Les gencives sont rouges, purpurines, boursoufflées, tendues, les dents déchaussées.

Cette inflammation est ordinairement partielle et revêt quatre types cliniques bien définis et que nous ne ferons que citer : 1° gingivite médiane inférieure ; 2° gingivite périphérique à une dent gâtée, « à un vieux chicot » ; 3° gingivite inféro-postérieure (dernière molaire) ; 4° héli-stomatite (2).

Rarement l'affection est générale, mais presque toujours il y a propagation du processus inflammatoire à la face interne des joues et des lèvres.

Les lésions peuvent rester superficielles, mais on peut avoir aussi et progressivement des excoriations, des érosions, des ulcérations et même de la gangrène.

La gingivite mercurielle guérit fort bien et, dans les cas de moyenne intensité la durée n'est guère que de huit jours à trois semaines.

II. — BISMUTH.

La gingivite bismuthique débute par des douleurs sourdes

(1) *Fournier*. Union médicale, 1891, p. 69. — *Julliard*. Th. Paris, 1865, p. 56.
— *Galippe*. Journ. des con. méd., 1890, voir obs. III et IV.

(2) *Fournier*. Loco citato.

des dents avec un mauvais goût spécial de la bouche : la dysphagie est fréquente en ce moment, mais elle progresse au fur et à mesure des lésions inflammatoires gingivales (1).

L'haleine devient fétide, il y a du ptyalisme et des troubles gastro-intestinaux et rénaux marqués par des vomissements, de la diarrhée et par la présence d'albumine dans les urines.

Les gencives, surtout au maxillaire inférieur, sont enflammées, tuméfiées, plus ou moins ramollies et parfois recouvertes de fausses membranes blanches peu adhérentes.

Le bord gingival présente une coloration noirâtre tranchant sur la rougeur de la muqueuse voisine. Cette coloration noirâtre peut s'étendre à la face interne des joues et des lèvres.

L'inflammation ne donne pas lieu uniquement aux lésions superficielles que nous venons de décrire : on voit parfois des ulcérations et même de la gangrène de la muqueuse gingivale amenant l'ébranlement et la chute des dents, on a même signalé la propagation de l'infection vers le voile du palais qui se serait sphacélé.

La guérison est la terminaison commune des gingivites bismuthiques : les parties gangrenées sont éliminées, les ulcérations se détergent, la muqueuse se reproduit mais la coloration noirâtre caractéristique dure fort longtemps, des semaines, des mois après la guérison complète de l'inflammation.

III. — PLOMB.

Le début de la gingivite plombique est des ptus insidieux (2) ; elle n'est révélée au malade que parce que celui-ci sent ses gencives ; il y a d'abord de la gêne, la muqueuse sem-

(1) *Dalché et Villejean*. Arch. de méd., 1887, p. 129. — *Brun*. Th. d'agrégation, 1886, p. 187.

(2) *Arguello*. Th. Paris, 1878, voir obs. I et II.

blant former un bourrelet autour du collet des dents et ces dernières paraissant parfois exhaussées, puis vient de la douleur qui au début ne se fait sentir que pendant la mastication, mais qui peut devenir à un moment spontanée. Le patient ne prend plus que des aliments liquides.

Le premier signe en date comme en importance pathognomonique est un liseré bleuâtre, ardoisé, occupant le bord libre des gencives. Cette coloration peut s'étendre à la partie interne des joues et des lèvres.

Les gencives sont gonflées, boursouflées ; la muqueuse est tantôt pâle, anémiée, tantôt rouge saignante hyperhémée. Tel est l'état commun des gencives des saturnins ; mais parfois les lésions sont plus graves ; il y a épaissement et décollement des gencives, surtout au maxillaire inférieur : ces dernières deviennent fongueuses, se couvrent d'ulcérations qui amènent des pertes de substance de la muqueuse et en particulier des languettes inter-dentaires.

De même que la gingivite plombique existe très souvent et très longtemps à l'état latent, de même après une poussée aiguë elle peut passer à l'état chronique. Cependant elle guérit fort bien par le traitement antiseptique, mais elle laisse à jamais la teinte spéciale des gencives, des lèvres et des joues dont nous avons parlé.

IV. — ARSENIC.

Un goût métallique parfois très prononcé joint à une sensation vague de gêne dans la bouche sont les premiers symptômes de la gingivite arsenicale (1) ; déjà la salive est plus abon-

(1) *Arguello*. Th. Paris, 1878.

dante qu'à l'état normal et l'intoxiqué est obligé de crachoter à chaque instant.

Bientôt les gencives deviennent sensibles au toucher et les mouvements du maxillaire sont douloureux ; la mastication comme la parole sont pénibles. Le malade ne peut plus prendre que des liquides, et il en réclame à chaque instant, c'est qu'il a une soif ardente alors même que le trop de salive l'incommode ; l'haleine est horriblement fétide. Parfois surviennent des troubles gastro-intestinaux.

Les gencives, et en particulier les gencives inférieures sont rouges, gonflées, fongueuses, saignantes. Un liseré gris blanchâtre peu large occupe tout le bord libre de la muqueuse en rapport avec le collet des dents.

Un pas de plus de la marche de l'infection et l'on voit des ulcérations qui, plus ou moins profondes, peuvent déchausser les dents et amener leur chute ; les joues, le pharynx même peuvent être atteints par propagation.

Enfin on a constaté de la gangrène succédant au processus ulcératif.

Les lésions récentes de la gingivite arsénicale guérissent vite et facilement : il n'en est pas de même des lésions anciennes parfois rebelles à tout traitement.

V. — PHOSPHORE.

Sécheresse de la bouche et tension du bord gingival, voilà ce qu'on remarque au début des gingivites phosphoriques (1). Les malades en proie à un état fébrile, faible, mais prolongé, se plaignent de la difficulté qu'ils ont à mastiquer, les mouvements du maxillaire sont douloureux, il y a du ptyalisme et de

(1) *Arguello* Th. Paris, 1878. — *Magilot*. Gaz. des hôp, 1878, p. 814.

la fétidité de l'haleine ; un malaise général abat toutes les forces des malheureux intoxiqués.

A l'examen de la bouche, on voit que la muqueuse gingivale est rouge, tuméfiée, saignant facilement. Au niveau du collet des dents, les gencives sont profondément festonnées, gonflées d'une façon intense, elles sont molles et fongueuses. Un liseré blanchâtre formé par du tartre et des débris épithéliaux occupe leur bord libre et si on l'enlève on trouve des ulcérations. La suppuration peut s'étendre, gagner les ligaments alvéolo-dentaires, et l'alvéole elle-même. La nécrose, après avoir amené la chute des dents, détruit parfois le maxillaire par un travail lent mais fatal.

Toutes ces lésions sont plus fréquentes à la mâchoire inférieure. Il y a souvent un engorgement ganglionnaire considérable et très douloureux.

Susceptible de guérir quand elle est traitée au début, la gingivite phosphorique est des plus graves quand le maxillaire est atteint.

VI. — ARGENT.

Les gingivites produites par les sels d'argent sont rares. Magitot en cite un exemple chez un malade qui en 60 jours avait absorbé 4 gr. 16 d'azotate d'argent (1).

La bouche devient très sensible surtout à la chaleur et la mastication est plus ou moins gênée ; on n'a pas remarqué qu'il y eut du ptyalisme mais presque toujours l'haleine a une odeur métallique spéciale.

Les gencives sont tuméfiées, boursouflées et douloureuses ; un liseré violet occupe le bord libre de la muqueuse au niveau du collet des dents ; le reste de la gencive est rouge sombre.

(1) *Magitol. Dict. encycl.*

L'affection est bénigne et cède très rapidement à un traitement approprié.

VII. — CUIVRE.

Ne venant peut-être pas d'une intoxication mais bien d'une action mécanique produite par les poussières de ce métal (1), la gingivite cuivrique affecte d'ordinaire toute l'étendue de la muqueuse ; cependant elle est plus intense au bord libre et surtout au maxillaire inférieur.

Comme toujours, c'est au niveau de dents gâtées ou mal soignées que débute l'inflammation ; cette dernière ne reste pas superficielle dans la majorité des cas : les gencives deviennent fongueuses, saignantes, ulcéreuses, et, si l'affection n'est pas soignée et devient chronique, les dents sont déchaussées et peuvent tomber.

Les malades ont de la peine à manger, et ils sont gênés par leur salivation qui est augmentée et par l'odeur parfois repoussante de leur haleine.

Des soins antiseptiques minutieux de la bouche peuvent avoir raison de cette affection qu'il est plus facile de prévenir que de guérir.

VIII. — BROMURE DE POTASSIUM.

De l'agacement des dents avec grande sécheresse des gencives, voilà les premiers signes de l'intoxication par le bromure de potassium (2). Puis vient de la douleur rendant l'alimentation difficile, enfin un ptyalisme énorme avec fétidité de l'haleine.

(1) *Magitot et Galippe*. Dict. encycl.

(2) *Marandon de Montyel*. Gaz. des hôp., 1891, p. 1399, voir obs. V.

Les gencives, et principalement les inférieures, sont tuméfiées, ramollies, saignantes.

Un enduit blanchâtre recouvre le collet des dents et la partie de muqueuse voisine, contrastant avec la coloration rougeâtre du reste de la gencive. Les dents sont plus ou moins déchaussées et parfois même ébranlées.

La guérison se fait en 8 ou 15 jours.

IX

L'IODE, LE CYANURE DE POTASSIUM et d'autres sels encore peuvent amener les mêmes lésions inflammatoires et produire les mêmes troubles fonctionnels (1).

§ II. — Gingivites infectieuses pp. d.

I. — SCARLATINE.

Dix ou quinze jours après le début de la scarlatine, peut apparaître une inflammation du côté des gencives (2). Cette complication qui est rare peut s'installer insidieusement, mais souvent aussi elle est annoncée par des phénomènes généraux qui peuvent devenir très graves. Le malade est affaibli, abattu, il a le faciès hébété et ressemble presque à un typhique. Il maigrit rapidement, vomissant à chaque instant et ayant une diarrhée rebelle. L'urine contient de l'albumine. Le pouls est petit et fréquent. On voit alors le malheureux patient être pris de dyspnée, de délire ; il se forme des escharres aux parties déclives et la mort peut survenir dans le coma.

(1) *Magilot*. Dict. encycl.

(2) *Gestat*. Th. Paris, 1893. — *Rilliet et Barthez*. — *Sanné*. Dict. encycl. — *Bourges*. Th. Paris, 1891.

Superficielle et passagère dans les cas très légers, la gingivite scarlatineuse est caractérisée alors par la tuméfaction, le ramollissement, la rougeur de la muqueuse qui saigne facilement.

Le plus souvent la gingivite prend la forme ulcéro-membraneuse : elle devient parfois gangréneuse. La douleur très vive empêche les mouvements du maxillaire ; une salive abondante s'écoule sans cesse dans la bouche et une odeur très fétide vient de l'haleine.

Un exsudat sous forme de pseudo-membranes jaunes apparaît sur le bord libre des gencives et recouvre des ulcérations pouvant s'étendre en surface et en profondeur et amener le sphacèle de portions de la muqueuse.

L'infection peut se propager à la face interne des joues et des lèvres. Les ganglions sous-maxillaires sont fortement engorgés.

Le pronostic dépend de la gravité des lésions : bénin quand elles sont superficielles, il devient des plus graves, presque fatal quand l'infection s'est généralisée.

II. — ROUGEOLE.

La gingivite peut se voir durant tout le cours de la rougeole et même pendant la période de convalescence. Souvent très légère, érythémateuse, pultacée, elle peut affecter une forme plus grave, ulcéro-membraneuse et même gangréneuse (1).

Le début est en général insidieux et les phénomènes généraux peu marqués : on voit quelquefois une légère élévation de température, et un faible pyalisme : cependant si

(1, *Debouchaud*. Th. Paris, 1859. — *Carret*. Thèse Paris, 1871. — *Julien*. Th. Paris, 1886. — *Gentilhe*. Th. Bordeaux, 1894. — *L. Guinon*. Rougeole in *Trait. med.* — *Caubet*. Th. Paris, 1889, voir obs. VI, VII, VIII et IX.

l'infection prend plus d'extension, les signes fonctionnels deviennent plus graves.

Les gencives sont quelque peu tuméfiées, chaudes, rouges, recouvertes d'un enduit pultacé qui prédomine surtout au maxillaire inférieur et peut se propager à la face interne des joues et des lèvres. Cet enduit pultacé de couleur blanc grisâtre prend parfois l'aspect de fausses membranes adhérentes sur une muqueuse saignant facilement ou ulcérée plus ou moins profondément. Le ligament alvéolo-dentaire peut être envahi, détruit, et l'infection peut gagner les alvéoles elles-mêmes.

Sauf dans ces derniers cas où la maladie parfois entraîne des infections secondaires et des lésions locales longues à réparer, la gingivite rubéolique guérit rapidement.

III. — VARIOLE.

Pendant la période d'évolution de la variole, il peut y avoir inflammation des gencives (1), inflammation superficielle, caractérisée par un peu de tuméfaction de la muqueuse humide et rouge, surtout au niveau du collet des dents de la mâchoire inférieure.

L'affection peut prendre la forme ulcéro-membraneuse : des pseudo-membranes gris blanchâtre, épaisses, recouvrent le bord libre des gencives, cachant des ulcérations parfois profondes pouvant amener la gangrène de la muqueuse et du ligament et la nécrose des alvéoles et d'une partie des maxillaires.

L'engorgement ganglionnaire est fréquent. On voit aussi l'auto-infection se caractériser par de la diarrhée, des vomissements, et par la présence d'albumine dans les urines : il peut y avoir propagation du travail inflammatoire à la face interne des joues.

(1) *Auché*. Traité de med. et thérap. de Brouardel.

L'état général a la plus grande importance au point de vue du pronostic. Dans les affections légères, quelques jours suffisent à un traitement antiseptique pour faire disparaître entièrement la gingivite. Une affection plus profonde demande des soins énergiques et prolongés.

IV. — ERYSIPELE.

La gingivite paraît assez rare au cours de l'érysipèle (1), (du moins les auteurs n'en parlent pas), cependant nous en avons vu plusieurs cas. La gencive tuméfiée, rouge, douloureuse au début était rapidement baignée par une sécrétion séro-purulente ; à ce moment la muqueuse se recouvrait de phlyctènes qui, s'ouvrant, laissaient apercevoir des ulcérations blanchâtres recouvertes bientôt de pseudo-membranes.

Toutes ces lésions se rencontrent également à la partie interne des joues.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toutes les gingivites.

Si l'état général n'est pas très grave, l'affection locale guérit en quelques jours par l'antisepsie de la cavité buccale.

V. — DIPHTÉRIE.

La gingivite diphtéritique est rare en tant qu'entité morbide et comme localisation primitive de l'infection ; ordinairement elle se produit à la suite de l'angine diphtéritique.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'une seule observation de cette affection ; nous en donnons un résumé : (2)

(1) *Fernet*, Dict. de med. et de chirurg. pratiques, article « bouche ».

(2) *Thiercelin*, France médicale, 1892.

Une infirmière sujette aux angines, mais se trouvant en bonne santé, séjourne pendant deux heures dans un pavillon de diphtérie. Le lendemain, elle est prise de céphalalgie et de malaises généraux, puis d'un léger mouvement fébrile et d'anorexie ; au troisième jour, les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés des deux côtés et la malade sent que sur ses gencives se trouvent des plaques rugueuses ; la mastication et la parole deviennent pénibles.

L'infirmière effrayée par l'abondance de sa salive et l'odeur fétide de son haleine va se faire examiner.

Les gencives sont rouges, desquamées, saignantes ; de petites plaques rugueuses, dépolies, occupent la muqueuse gingivale du maxillaire inférieur ainsi que la face interne des joues et des lèvres.

Au niveau de ces plaques apparaissent rapidement des fausses membranes qui, par l'examen histologique direct et par l'examen de leur culture, furent reconnues de nature diphtéritique.

« Au niveau du point d'implantation des dents, fait remarquer Thiercelin, la gencive est exulcérée tout autour du collet, et recouverte d'un enduit blanchâtre épais qui, cliniquement, ne semble pas être diphtéritique. »

Guérison en 20 jours, par attouchements des lésions avec un collutoire à l'acide salicylique.

VI. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les lésions de la muqueuse buccale ne sont pas rares au cours de la fièvre typhoïde, lésions inflammatoires simples ou lésions ulcéreuses (1). Nous avons remarqué personnellement

(1) *Grellety-Bosviel*. Th. Paris, 1889. — *Rilliet et Barthez*. — *Revilliod*. Th. Paris, 1886, voir obs. XIV.

qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes chez les malades n'ayant pas soin de leur bouche ou ayant des dents gâtées. L'infection part souvent de ces dernières et on a alors des gingivites qui par propagation pourront donner lieu à des stomatites générales.

Mais encore une fois les ulcérations siègent surtout au bord libre des gencives, et en particulier des gencives du maxillaire inférieur, et se voient aussi très fréquemment à la partie interne des joues. L'inflammation, l'infection peuvent donner lieu à des gingivites plus graves encore et qui prennent alors la forme ulcéro-membraneuse et même la forme gangréneuse.

Ces gingivites qui gênent énormément les malades et sont une cause d'inanition et d'auto-intoxication cèdent rapidement au traitement antiseptique.

VII. — FIÈVRE APHTEUSE.

De la céphalalgie, des frissonnements, de la courbature, un malaise général avec insomnie et léger état fébrile, le tout joint à de la sensibilité des gencives, marquent le début de la gingivite aphteuse (1).

La muqueuse est rouge, tuméfiée, saignante, très douloureuse ; bientôt à sa surface et surtout près du collet des dents apparaît une éruption de vésicules aphteuses blanchâtres, confluentes, donnant lieu à des exulcérations superficielles. Ces vésicules aphteuses partant des gencives comme d'un centre s'en vont rayonner sur tout le reste de la muqueuse buccale, lèvres, joues, langue, voile du palais. Parfois ces aphtes dis-

(1) *Pèdre*. Th. Paris, 1894, voir obs. X et XI. *Hirtz*. Journ. des médecins praticiens, 1880, p. 549. *Legendre*. Concours médical, 28 mars 1891.

paraissent et il reste : « d'une part de larges plaques de sphacèle de la muqueuse gingivale au niveau des dernières molaires, plaques grisâtres rappelant l'aspect de la stomatite ulcéro-membraneuse, et d'autre part un état suppuratif et fongueux du rebord gingival d'aspect scorbutique (1). »

Le malade présente alors un aspect typhique complet avec troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée; troubles rénaux, albuminurie; troubles nerveux, adynamie, hébétude:

Cette gingivite est très douloureuse et la mastication est encore gênée par un engorgement ganglionnaire souvent considérable.

Les aphtes peuvent manquer absolument; on ne constate ni herpès, ni stomatite ulcéro-membraneuse, « rien, si ce n'est une petite toile d'araignée nacrée tapissant les gencives. Celles-ci sont déchaussées, saignantes et laissent suinter du pus par la pression (comme dans la périostite alvéolo-dentaire). La bouche répand une odeur très forte (2). »

Toutes ces lésions disparaissent par des lavages antiseptiques dans un temps qui varie de quelques jours à six semaines.

VIII. — SCORBUT.

Il est bien entendu que nous ne nous occupons ici que de la partie gencive (3).

Le scorbut infectant l'organisme s'annonce par de la courbature et un malaise général avec douleurs musculaires et articulaires et tendance au sommeil.

Les gencives sont hypertrophiées, boursoufflées, rougeâtres : elles saignent plus ou moins abondamment, spontanément ou

(1) *Legendre*. Loco citato.

(2) *Pètre*. Loco citato.

(3) *Quennec*. Th. Bordeaux, 1089. — *Petit*. Th. Paris, 1890, voir obs. XII et XIII.

au moindre traumatisme. A cet état fongueux fait suite une série d'ulcérations qui occupent la muqueuse en rapport avec le collet des dents : baignées de pus, grisâtres, ces ulcérations font tache sur les gencives d'une coloration rouge sombre et plus loin rose pâle.

L'inflammation gagnant toujours du terrain, déchausse les dents, détruit leurs ligaments, les fait tomber; allant encore de l'avant, elle envahit les alvéoles et peut même amener la nécrose des maxillaires.

L'haleine est fétide; l'engorgement ganglionnaire est considérable; joint à la douleur produite par les ulcérations, il empêche le malade de mastiquer et de parler. Avec les progrès du mal, les symptômes généraux s'aggravent et peuvent mettre en danger les jours du patient.

La gingivite scorbutique a besoin d'être traitée vigoureusement au moyen du thermo-cautère, de l'acide chromique et de lavages antiseptiques.

Ce traitement local joint à un traitement tonique général pourra amener assez rapidement la guérison des lésions que nous venons de décrire rapidement.

IX. — BLENNORRHAGIE.

La gingivite blennorrhagique peut survenir en tous les temps de l'évolution de la chaude-pisse (1), cependant c'est souvent « à la période ultime de l'affection et presque toujours consécutivement à d'autres complications infectieuses. » C'est ainsi qu'on voit du rhumatisme, une orchite, des érythèmes précéder les manifestations buccales de la blennorrhagie. Puis vient une chaleur insupportable de la bouche avec sensation

(1) *Ménard*. Ann. de dermat. et de syph., 1889, p. 679, voir obs. XIII.

continuelle de soif; les gencives, surtout les gencives inférieures, sont alors rouges, livides, tuméfiées, saignant facilement; la muqueuse vient former un bourrelet entre les arcades dentaires.

La mastication, comme la parole, deviennent difficiles et douloureuses; le malade, en proie à une fièvre assez vive, se plaint de l'abondance de sa salive et de la fétidité de son haleine.

Cependant l'infection a fait des progrès: un exsudat pseudo-membraneux recouvre le rebord gingival et cache des ulcérations plus ou moins profondes, taillées à pic et de coloration violacée; la face interne de la joue, du même côté, présente en même temps ou successivement, des lésions inflammatoires de même nature. Il y a engorgement ganglionnaire.

La guérison de cette gingivite, qui n'est pas due à la contagion, mais à l'infection blennorrhagique, s'obtient en quinze jours ou trois semaines par des cautérisations et des lavages antiseptiques.

X. — SYPHILIS.

Il ne nous paraît pas avoir été signalé de gingivites primitives dues à l'infection syphilitique. Seul, Mauriac (*Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890) dit avoir vu un malade dont les gencives étaient « profondément désorganisées par un processus ulcéro-phagédénique qui déchausse très rapidement toutes les molaires, des deux côtés, en haut et en bas ». C'était un syphilitique dont la maladie était en pleine activité en d'autres points, et qui n'avait pas pris de mercure.

Cette observation est unique et cependant nous n'en sommes pas moins persuadés *a priori* que cette variété de gingivite existe, et que jusqu'ici, elle a été confondue avec la forme

venant de l'intoxication mercurielle. Des recherches dans ce sens seraient fort intéressantes.

Nous ne parlerons pas des gingivites secondaires ni des accidents syphilitiques de toutes les périodes, disons seulement que les gencives peuvent subir un travail inflammatoire à la suite de chancres, de plaques muqueuses ou de gommes siégeant au voisinage des dents : ces lésions restent rarement localisées et se généralisent à toute la cavité buccale.

Signalons enfin des ulcérations qui se rencontrent assez fréquemment au niveau des gencives dans les cas de syphilis héréditaire : ces ulcérations sont tantôt superficielles, lisses, pâles, luisantes, entourées parfois d'un bourrelet saillant ; et tantôt elles sont plus profondes, avec un fond jaunâtre ou brunâtre(1).

XI. — TUBERCULOSE.

La gingivite tuberculeuse n'apparaît guère que chez des gens ayant les poumons ou d'autres organes atteints depuis plusieurs années(2) ; elle a un début des plus insidieux, et ce n'est souvent que par hasard ou en constatant la chute de ses dents, que le malade a l'attention attirée du côté de sa bouche.

L'affection se traduit par des ulcérations parfois granuleuses et bourgeonnantes, n'intéressant en général que la partie superficielle de la gencive. Cependant, ces ulcérations siégeant surtout à la mâchoire inférieure, à gauche et vers les molaires, peuvent gagner en étendue et en profondeur. Elles peuvent aussi se propager à la face interne des joues et des lèvres, du même côté.

(1) *Parrot*. Syph. héréditaire et rachitisme.

(2) *Julliard*. Th. Paris, 1865. — *Le Dentu*. Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, 1876, p. 884. — *Bagninsky*. Soc. de méd. berlinoise, nov. 1887. — *Rethi*. Wiener med. Presse, 7 mai 1893. — *Girandeau*. Soc. méd. des hôp., 1894, p. 414.

L'infection ne s'arrête pas toujours là : on peut voir de l'ostéo-arthrite amenant la chute des dents et la nécrose du maxillaire; le palais osseux est parfois lui-même détruit.

Ces lésions si graves qui amènent du ptyalisme et plus ou moins d'engorgement ganglionnaire, sont remarquables par leur atonie. Le malade ne souffre pas !

Le pronostic est grave, non pas tant à cause de l'affection locale, que par suite de la tuberculose générale. Les ulcérations peuvent guérir, ou du moins s'améliorer par le traitement antiseptique; l'infection générale emmène le malade.

§ III. — Gingivites trophiques

I. — DIABÈTE.

La gingivite peut être un des symptômes révélateurs du diabète (1), mais elle peut ne survenir que pendant le cours de cette affection. En tout cas, elle est annoncée par une sécheresse spéciale de la bouche avec odeur aigrelette caractéristique; la salive, à réaction acide, est épaisse, visqueuse.

Les dents peu ou point gâtées tombent spontanément sans douleur : ordinairement c'est la deuxième molaire inférieure qui tombe la première.

Les gencives sont épaissies, rouges, injectées, fongueuses sur les bords. Elles sont décollées au niveau du collet des dents et une ulcération plus ou moins profonde vient occuper ce point

(1) *Lecorché*. Diabète, p. 304. — *Magilot*. Ostéo-périostite alveolo-dentaire. — *Marchal*. Gingivite explosive. Union médicale, 1860, p. 499. — *Carrière*. Gingiv. explosive. Union méd., 1860, p. 439. — *Galippé*. Ging. arthro-dentaire infectieuse. Journ. des conn. médic., 1890.

formant souvent un vrai clapier d'où la pression fait sourdre du pus mélangé à des détritux épithéliaux et à du tartre.

L'inflammation gagnant l'appareil ligamenteux, donne lieu à une gingivite arthro-dentaire infectieuse (1). Les dents déviées, allongées, ébranlées, finissent par tomber, saines en apparence mais pénétrées par les microbes.

Les parois alvéolaires paraissent se résorber et Cruet attache à ce fait une grande importance dans la pathogénie de la gingivite que nous décrivons.

Signalons la virulence du pus de cette forme infectieuse, dont la contagiosité a été nettement établie (2).

La gingivite diabétique tire sa gravité de ce que rendant la mastication difficile, elle précipite l'arrivée de la période cachectique du diabète. Des soins antiseptiques des dents et des gencives joints au traitement général de la diathèse, éviteront ou arrêteront cette affection.

II. — URÉMIE.

C'est surtout au cours d'une attaque d'urémie à forme gastro-intestinale (3) que la gingivite peut se produire. Le début est marqué par de la chaleur de la bouche avec sécheresse et cuisson de la muqueuse gingivale ; la salive est rare et épaisse, parfois on constate à ce moment de l'érythème de toute la bouche avec dépôt pultacé.

Mais ce qui caractérise la gingivite urémique, ce sont des ulcérations qui occupent le bord libre de la muqueuse en con-

(1) *Galippe*, loc. cit.

(2) *Legendre*, Traité d'antis. medic.

(3) *Lancereaux*. — Union médicale, 1888, p. 331. — *Barié*, Arch. génér. de médecine, 1889, p. 415 et 690, voir obs. XX.

tact avec les dents et qui peuvent se propager à la face interne des joues et des lèvres.

Ces ulcérations sont variables d'étendue et de forme, tantôt très superficielles, linéaires, en coup d'ongle, quelquefois plus profondes, se rapprochant de la forme ovulaire, à bords irréguliers, à fond gris sale, garni d'une couche mince d'un enduit caséeux. Elles peuvent donner lieu à du décollement au pourtour des dents et principalement des molaires de la mâchoire inférieure. Ces dents sont ébranlées et peuvent tomber.

Les troubles fonctionnels sont profonds : l'appétit est nul, les sensations gustatives détruites ou perversies, l'haleine est fétide, les ganglions engorgés gênent la mastication, et une salivation excessive vient contribuer à l'épuisement des forces du malade.

Enfin des troubles gastro-intestinaux d'ordre urémique aggravent le tableau déjà si noir de l'affection que nous décrivons.

Pendant les ulcérations peuvent guérir, mais lentement, sous l'influence du traitement général de l'urémie et surtout par des soins locaux antiseptiques. Malheureusement ces ulcérations peuvent s'étendre et contribuer à amener la mort.

III. — RHUMATISME.

La gingivite rhumatismale se voit d'ordinaire au cours du rhumatisme (1), mais elle peut, comme l'angine de même nature, le précéder.

Pendant quelques jours, les gencives peuvent paraître sensibles et les dents douloureuses, avant que l'inflammation n'ait

(1) *Marchandé*. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1892, p. 245. — *Richards*. *Acad. de méd. de New-York*, 22 février 1893.

modifié la muqueuse. Puis, rapidement, les gencives passent à l'état fongueux ; elles sont rouges, tuméfiées, saignantes ; leur bord échancré est décollé, et il se forme entre la muqueuse et la dent des culs-de-sac d'où l'on peut faire sourdre du pus par pression. Le ligament atteint par l'inflammation est congestionné, épaissi, purulent ; les dents sont ébranlées et peuvent tomber. On a signalé à l'extrémité de leurs racines des concrétions uratiques toutes spéciales.

Les gencives, et en particulier celles du maxillaire inférieur, peuvent se sphaceler en partie. La face interne des joues est parfois atteinte.

Le ptyalisme, la fétidité de l'haleine, l'engorgement ganglionnaire, sont des symptômes que l'on constate fréquemment.

Ces gingivites peuvent évoluer à l'état chronique, à l'état aigu ou même suraigu, mais elles sont heureusement influencées par le traitement général de la diathèse et par le traitement local antiseptique des lésions que nous avons constatées.

Dans la *goutte*, on a signalé les mêmes accidents de gingivite infectieuse que nous venons d'étudier dans le rhumatisme.

IV. — GROSSESSE.

C'est vers le quatrième mois de la grossesse, et presque toujours insidieusement que s'installe la gingivite (1).

Les gencives sont rouges, congestionnées, saignantes, boursoufflées, surtout sur leur bord libre ; elles présentent un aspect festonné et les languettes interdentaires sont particulièrement tuméfiées.

(1) *Didsbury*. Th. 1883. — Les frères *Pinard*. Ging. des femmes enceintes, 1886. — *John Marshall*. Journ. de l'Assoc. médicale américaine, 12 février 1890, voir obs. XVI, XVII et XVII.

Avec les progrès de l'infection, on voit apparaître successivement les formes fongueuses et ulcéreuses.

Contrairement à ce qu'on remarque d'ordinaire, les lésions siègent plutôt au niveau des incisives que vers les molaires, mais la propagation des ulcérations se fait aussi de ce côté; elles gagnent en étendue comme en profondeur, attaquent les ligaments alvéolo-dentaires, ébranlent les dents et provoquent leur chute.

Les douleurs ne sont pas constantes et cependant l'état des gencives gêne beaucoup la mastication.

Non traitée, cette affection peut guérir spontanément dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement, mais sous l'influence de lavages antiseptiques, à l'hydrate de chloral, par exemple, et de cautérisation, cette gingivite disparaît en quinze jours ou un mois (1).

V. — TABES.

On a vu dans des tabes de vieille date survenir des gingivites graves (2). Les malades remarquaient que leurs dents tombaient en grande quantité : « ils les cueillaient » en quelque sorte, sans ressentir la moindre douleur.

A l'examen de la bouche, on voit dans ces cas des ulcérations d'aspect grisâtre, partant du rebord gingival ou de la cicatrice laissée par la chute d'une dent, et de là gagnant les muqueuses

(1) Nous rapprocherons de la gingivite des femmes enceintes la gingivite qui se produit parfois pendant la période *menstruelle*. Cette affection qui reste presque toujours superficielle et qui guérit fort bien par le traitement antiseptique a été signalée par Delestre, dans sa thèse. Depuis, nous l'avons observée plusieurs fois et, ces jours derniers, notre ami le docteur Gastou, nous a communiqué une note à ce sujet (Voir obs. XIX).

(2) Galippe, Journ. des conn. médic., 1886, p. 225.—Wickham, Ann. de derm. et de syph., 1894, p. 44.

voisines. Ce travail de propagation se fait lentement, et ces ulcérations à bords bourgeonnants, à fond saignant facilement et sécrétant un pus fétide, vont détruire le ligament alvéolo-dentaire.

Les dents ébranlées finissent par tomber et laisser à nu la cavité alvéolaire dont les bords sont épaissis et déformés.

Tous ces phénomènes pathologiques se produisent lentement, sans réaction, sans douleur : les parties lésées sont absolument anesthésiées.

Nous ne doutons pas que, prise au début, cette affection ne puisse être guérie ou, du moins, grandement améliorée par des soins antiseptiques de la bouche et des dents.

II^e PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Causes de la gingivite

Les causes de la gingivite peuvent se diviser en causes *Locales* et causes *Générales* :

§ I. — Causes locales.

Les causes locales résident surtout dans la présence du *tartre* et dans l'état de la *gencive*.

A. — TARTRE.

1° *Qu'est-ce que le tartre ?*

« *C'est un amas de micro-organismes de toutes sortes et de produits terreux.* »

Etudions rapidement les microbes que l'on peut rencontrer dans le tartre.

Ils se divisent en deux classes bien différentes : les uns *non pathogènes* remplissent un rôle physiologique important,

les autres *pathogènes* peuvent cependant rester inoffensifs en l'absence de conditions favorisant leur virulence.¹

— *Microbes non pathogènes* : (1)

Le *bacillus subtilis* que l'on trouve dans toutes les matières en décomposition ; il est très résistant et supporte un milieu fort acide ou de température très élevée.

Le *bacterium termo* agent principal de la putréfaction.

Lé *bacillus amylobacter* qui se rencontre dans les détritux alimentaires et qui est le principal agent de la fermentation butyrique.

Le *vibrio rugula* qui joue un rôle important dans les fermentations putrides.

Le *leptothrix*, le plus grand micro-organisme du tube digestif.

Des spirilles, dont les propriétés phlogogènes seraient très prononcées.

Le bacille de la pomme de terre.

Le spirochete denticola.

Une série de micro-organismes trouvés par Vignal, et qu'il désigne par des lettres de l'alphabet ; enfin quelques microbes *chromogènes* décrits par Miller (2).

— *Microbes pathogènes* : (3)

Presque tous les microbes de la pathologie humaine peuvent séjourner dans la bouche et par conséquent se rencontrer dans le tartre.

Nous ne parlerons pas de ceux qui ne se rencontrent qu'acci-

(1) Vignal. Arch. de phys., 1886-87. — David. Microbes de la boucre. 1890, — Thomas. Th. Paris, 1891.

(2) Miller. Journ. des conn. méd., 1888.

(3) Netter. Bullet. de la soc. anatomique, 1886-87 88; Société des hôpitaux, 1889; Revue d'hygiène, 1889; Gazette hebdomadaire, 1889. — Vidal et Besançon. Société méd. des hôpitaux, 1894.

dentellement, tels que les bacilles de Koch et ceux de Klebs, mais nous indiquerons plus particulièrement ceux qui se voient fort souvent :

Le *streptocoque pyogène*, qui d'après Netter se trouverait à l'état normal chez 1/20 des sujets et que Vidal et Bezançon ont toujours rencontré.

Le *pneumocoque*, qui 20 0/0 se trouve chez des gens n'ayant pas eu de pneumonie.

Le *bacille encapsulé de Friedlander*, qui se rencontre 4,5 0/0 dans la bouche des sujets sains.

Les *staphylocoques* se voyant presque toujours.

Le *coli-bacille*.

2° *Comment agissent les microbes pour produire le tartre?*

On sait que certains microbes exercent une action chimique parfaitement définie vis-à-vis du milieu dans lequel ils se trouvent (1) : c'est ainsi que certains fixent l'azote, d'autres oxydent l'ammoniaque et forment des azotates, des sulfates et mettent les éléments de ces corps en liberté ; il en est qui dissolvent l'albumine cuite et d'autres qui la gonflent ; certains agissent de même sur la fibrine, l'amidon, etc. ; d'autres enfin, et ils sont nombreux, sont les agents actifs des fermentations de l'acide lactique, de l'acide butyrique, de l'acide acétique, de la mannite, de la dextrine, etc.

Connaissant tous ces faits, il est permis d'admettre que ce sont des *fermentations* de cet ordre qui, développées aux dépens des débris alimentaires mélangés à la salive, ont pour résultat de provoquer des dédoublements et de précipiter des sels terreux solubles à l'état normal et de former ainsi le tartre.

(1) *Galippe*. Société de biologie, 1886. — Journ. des conn. méd., 1894, p. 76 et passim.

3° *Étude du tartre.*

Aspect. — Le tartre se présente sous deux formes (1) : ordinairement, c'est un enduit d'aspect pierreux, une masse concrète plus ou moins épaisse, souvent jaunâtre, qui se dépose à la surface des dents ; on le trouve surtout au maxillaire inférieur et sur la partie antérieure ou externe des dents, loin des frottements de la langue.

Le tartre peut encore se présenter sous la forme d'un enduit visqueux, limoneux, entourant le collet des dents. Sous cet aspect, il peut passer inaperçu, mais il n'en produit pas moins les mêmes effets funestes, aussi doit-on s'attacher à le rechercher dans tous les cas de gingivites.

Composition. — Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le tartre est avant tout fourni par des micro-organismes et les produits terreux qu'ils ont précipités (carbonates et phosphates) ; nous n'y reviendrons pas, mais il nous faut ajouter qu'on rencontre encore dans ce dépôt des *matières organiques* provenant des aliments, des *cellules épithéliales*, versées là par la mue continuelle de la muqueuse, des *globules graisseux*, et enfin des *leucocytes*.

4° *Le tartre varie-t-il avec les microbes ?*

Il varie en *quantité* selon le *nombre* et la *qualité* des micro-organismes : il est naturel que plus ces derniers seront répandus dans la bouche, plus ils pourront provoquer des actions chimiques capables de précipiter le tartre ; sachant d'autre part, que tous les microbes ne produisent pas les mêmes phénomènes biologiques, nous admettrons facilement que l'enduit qui recouvre les dents et les gencives sera d'autant plus impor-

(1) *Magilot*. Dict. encycl. — *Galipp*. Loc. cit.

tant, qu'il se trouvera dans la cavité buccale plus d'agents de fermentation.

Le tartre varie en *qualité* selon la virulence des microbes.

Il peut varier en *coloration* selon la quantité de microbes chromogènes qu'il contient.

5° *Le tartre varie-t-il avec l'état de la salive ?*

Nous savons que les milieux acides détruisent nombre de microbes ; il est donc naturel que le tartre soit moins commun lorsqu'il y a acidité de la salive et réciproquement, que l'alcalinité de ce liquide contribue à la formation du dépôt calcaire ou visqueux dont nous nous occupons.

De plus, dans certaines affections, la salive peut contenir une proportion de certains sels beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et nous ne doutons pas que ces sels ne contribuent à augmenter la proportion du tartre : c'est ainsi que dans un cas de gingivite *urémique*, Barié (1) trouva dans 850 grammes de salive, huit grammes vingt-deux centigrammes d'urée, alors que d'après les analyses de Robin, on n'en trouve que 0 gr. 60 par litre, et d'après celles de Bougaret, 0 gr. 09 seulement.

6° *Comment agit le tartre ?*

Le tartre par lui-même agit de deux façons : 1° *Mécaniquement*, en s'insinuant peu à peu entre le bord libre de la gencive et la surface de la dent, décollant la muqueuse et formant un cul-de-sac dont la profondeur s'accroît plus ou moins lentement par la progression continue des parasites ; 2° *Infectieusement*, en amenant l'inflammation de la muqueuse par le fait même des fermentations qui l'ont produit.

(1) Barié. Arch. génér. de méd., 1889.

B. — ETAT DE LA GENCIVE.

L'état de la gencive peut être régi : 1° par une affection générale ; 2° par une affection locale.

Nous parlerons plus tard de l'action des affections générales, ne nous occupons ici que des affections *locales*.

Celles-ci viennent, soit d'un traumatisme externe, soit de l'état de la dentition (infection propagée et traumatisme interne).

1° *Traumatisme externe.*

Le traumatisme, à lui seul, ne produit guère de lésions inflammatoires proprement dites ; il amène des contusions, des déchirures, un arrachement qui, si aucune diathèse, aucune infection générale ne les complique, guérissent facilement.

2° *Etat de la dentition.*

L'état de la dentition a la plus grande importance au point de vue de la production des gingivites : « Pas de dents, pas de gingivites. » En effet, aux deux extrémités de la vie, enfants et vieillards, n'ayant pas encore ou n'ayant plus de dents, n'ont jamais de gingivites primitives.

L'éruption des dents et leur carie sont, au contraire, deux causes fréquentes de l'inflammation de la muqueuse voisine.

Carie dentaire. — La carie dentaire peut produire tous les degrés de la gingivite : c'est une cause occasionnelle fréquente des affections locales que nous avons décrites précédemment et qui se développent lorsque le terrain est préparé par un état infectieux, une intoxication ou une maladie de nutrition retardante.

Cela se comprend facilement lorsqu'on songe qu'une dent cariée est une dent envahie par des micro-organismes plus ou moins virulents et bien connus depuis les travaux de Miller (1) et de Galippe et Vignal. Ces microbes progressent à travers les canalicules de l'ivoire, gagnent le ciment, puis l'articulation alvéolo-dentaire, et finissent par infecter la gencive.

D'un autre côté, les dents cariées offrent des culs-de-sac, véritables nids où se développent à merveille des microbes de toutes sortes, qui, devenus plus virulents par une influence secondaire quelconque, s'échappent pour aller ravager la muqueuse voisine.

Evolution dentaire

L'évolution dentaire, surtout au moment de l'éruption des premières molaires permanentes (2) et encore plus à l'époque de l'éruption de la dent de sagesse, donne lieu à des gingivites plus ou moins graves. Il y a traumatisme interne de la gencive, ou mieux, compression progressive amenant l'eugorgement lymphatique, la cyanose anoxhémique et, par suite, l'inflammation de toute la région (3). Cependant les accidents ne se produisent jamais avant que la dent ait *percé* la muqueuse. Celle-ci, décollée par la poussée continue de la dent, forme une cavité virtuelle, dans laquelle pénètrent les débris épithéliaux, la salive, les détritits alimentaires et les micro-organismes, pensionnaires habituels de la bouche. L'ennemi est dans la place ; il pourra produire les ravages que nous connaissons bien et que nous ne ferons qu'énumérer : gingivites simples, puru-

(1) Miller. Deutch. Med. Woch., 1884, n° 36.

(2) Heydenreich. Th. d'agr., 1878. — Cornudet. Th. Paris, 1886. — Comby. Revue des maladies de l'enfance, 1888.

(3) Poincot. 1893.

lentes ou gangréneuses, ostéo-arthrites, ostéo-périostites du maxillaire, amygdalites, adénites, phlegmon diffus.

§ II. — Causes générales.

Les causes locales que nous venons d'étudier ne sauraient à elles seules produire les affections parfois si graves que nous avons présentées dans la première partie de ce travail.

Si le terrain est normal, la gingivite se développe difficilement, lentement ou pas du tout. Il n'en sera plus de même si ce terrain est débilité par une cause quelconque, *intoxication*, *infection générale* ou *ralentissement de la nutrition*.

Comment agissent donc ces causes générales ?

Sous l'influence d'une *intoxication* quelconque, les parasites qui peuplent la cavité buccale et forment le tartre, ont leur activité vitale augmentée, modifiée au point d'acquérir la virulence nécessaire pour produire l'infection (1). D'autre part la même influence toxique diminue le nombre des globules rouges ainsi que l'énergie des leucocytes, par conséquent affaiblit la défense de l'organisme et permet aux microbes de prendre le dessus et de donner lieu à des gingivites (2).

Dans les *maladies infectieuses*, sous l'influence de la fièvre, l'épithélium des gencives tombe (3) : il se forme des excoriations et des exulcérations qui ouvrent la porte aux microbes toujours plus nombreux et plus virulents qu'à l'état normal. De plus les sécrétions glandulaires bactéricides sont diminuées et la diapédèse des leucocytes est retardée ou même arrê-

(1) *Diday*. Ann. de dermat. et de syph., 1891.

(2) *Maurel*. Société de médecine de Toulouse, mars 1894.

(3) *Magnan*. Th. Paris, 1880.

tée (1). Enfin, l'imprégnation des tissus par les matières solubles qu'a engendrées la maladie première peut jouer un rôle direct dans la préparation de l'infection gingivale secondaire.

Les maladies de la *nutrition* diminuent la tension vasculaire et par conséquent amoindrissent l'apport de leucocytes vers les points menacés par les microbes; pour la même raison, les sécrétions glandulaires sont moins abondantes de même que l'exsudation du plasma sanguin qui, comme on le sait, est des plus microbicides. S'il survient alors la moindre cause locale de gingivite, l'inflammation peut s'installer et progresser.

L'état des *reins* (2) joue un rôle important et fréquent dans la prédisposition aux gingivites. Que pour une raison quelconque, ces organes soient atteints, ils ne laisseront plus passer le métal ni les toxines contenus dans le sang. Ces produits étrangers devront pourtant être éliminés, mais comment? — Il se produira une hypersécrétion considérable de la salive qui, entraînant les toxines, sera modifiée dans sa composition et permettra aux micro-organismes de se développer. S'il y a une cause locale d'irritation de la muqueuse, l'inflammation l'envahira et nous aurons une gingivite infectieuse.

(1) *Girode*. Traité de méd. et de thér.

(2) *Galippe*. Loc. citato.

CHAPITRE II

Lésions créées par les gingivites.

Avant de parler des lésions gingivales nous croyons utile de rappeler l'anatomie de cette région.

§. I. — Anatomie et physiologie des gencives.

« La gencive est cette portion de la muqueuse buccale qui tapisse toute la partie libre de l'arcade alvéolaire des mâchoires (1). »

Remarquable à l'état normal par sa consistance, la gencive présente des modifications dans sa structure suivant les âges.

Chez le fœtus on a décrit un cartilage dentaire qui serait constitué par du tissu fibreux recouvert d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux stratifié (2).

Chez le vieillard, la gencive après la chute des dents et l'atrophie alvéolaire consécutive revient en quelque sorte à son état primitif. Elle se distingue alors par l'uniformité de son

(1) *Magilot*. Dict. encycl.

(2) Nous nous réservons de publier plus tard des recherches faites sur des gencives de jeunes enfants dans lesquelles nous avons trouvé un véritable tissu cartilagineux sous-papillaire.

épaisseur, l'augmentation, le développement et le durcissement de sa couche épithéliale stratifiée.

A l'état adulte, c'est-à-dire lorsque la gencive est accolée à une dent, sa structure est celle des fibro-muqueuses. On peut y distinguer trois couches : 1° Un revêtement épithélial ; 2° un chorion composé de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques, muni de papilles, mais non de glandes, et parsemé de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que de filets nerveux ; 3° une couche de tissu conjonctif plus ou moins lâche qui établit très intimement son union avec les parties sous-jacentes.

Parmi les cellules qui contribuent à la formation de la couche épithéliale, les plus profondes sont implantées perpendiculairement à la surface qu'elles recouvrent tant au niveau des papilles que dans les espaces inter-papillaires. A cette couche basique succèdent des cellules polygonales à angles mousses. Ces cellules, de même que celles de la première rangée, sont unies les unes aux autres par des filaments d'union aussi accusés que dans le corps muqueux de Malpighi. Elles se forment incessamment dans les couches profondes aux dépens des cellules cylindriques dont la division a été précédée par celle du noyau. Elles sont comme celles de l'épiderme en mue continue (1).

Telle est la constitution anatomique des gencives : on voit que fibreuses, dures, dépourvues de tout appareil de sécrétion muqueuse, elles sont particulièrement faites en vue des résistances mécaniques auxquelles elles sont exposées ; mais elles ne sont nullement protégées contre les actions moléculaires que les liquides ou les gaz peuvent exercer à leur surface (2).

(1) *Buisseret*. Odontologie, déc. 1898.

(2) *Trélat*. Th. d'agrégation, 1857.

Le système vasculaire des gencives est peu riche quoique formé de très nombreux *capillaires*. Cette disposition faisant que l'irrigation est très *lente* dans les gencives, montre à priori combien cette région sera favorable aux infections; elle le sera encore plus au niveau du cul-de-sac alvéolaire, là où les vaisseaux s'incurvent brusquement.

Les rameaux *artériels* viennent pour la gencive supérieure de la sous-orbitaire et de l'alvéolaire à la partie antérieure; à la partie postérieure ils viennent de la sphéno-palatine ou de la palatine supérieure.

La gencive inférieure est irriguée par des rameaux artériels venant de la dentaire inférieure, de la sous-mentale et de la linguale.

Les *veines* ne sont pas moins multipliées, et se divisent de la même façon que les artères.

Les gencives sont recouvertes par un réseau de *capillaires lymphatiques* très nombreux, très déliés, faciles à injecter chez le fœtus, mais très difficiles à injecter chez l'adulte (1).

Ces lymphatiques ont leur origine dans un réseau de lacunes et de capillaires qui aboutissent à des capillaires s'unissant entre eux et formant des arcades. Les troncles occupent l'axe de la papille et sont en rapport de nombre et de volume avec les dimensions de ces papilles.

Les lymphatiques de la gencive inférieure descendent sur les faces internes et externes du maxillaire et se rendent dans les ganglions *sous-maxillaires*.

Les lymphatiques de la gencive supérieure unis à ceux du palais et du voile du palais se divisent en trois groupes de troncs qui se rendent surtout dans les ganglions situés autour de la *bifurcation de la carotide primitive*, mais aussi dans les gan-

(1) *Sappey*. Anat. physiol. et path. des v. lymphat., 1875.

glions situés au dessous des muscles styliens et dans ceux qui se trouvent au niveau de l'os hyoïde.

Les *nerfs* quoique nombreux ne répandent qu'une sensibilité très relative dans les gencives.

A la gencive supérieure, on trouve des rameaux dentaires antérieurs et des rameaux dentaires postérieurs venant du *nerf maxillaire supérieur*. On trouve encore quelques filets du nerf sphéno-palatin interne et du nerf palatin antérieur, venant tous deux du ganglion sphéno-palatin.

Dans la gencive inférieure, viennent se perdre des filets du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual, branches du *nerf maxillaire inférieur*.

§ II. — Anatomie pathologique des gingivites.

Il est bien difficile de réunir dans un seul chapitre toutes les lésions que l'on peut rencontrer dans les nombreuses variétés de gingivites : nous allons cependant chercher à en esquisser un tableau aussi fidèle que possible, renvoyant, pour les détails, aux descriptions que nous avons données plus haut, dans l'étude clinique des variétés de gingivites (1).

La rougeur indique le début de toute inflammation, rougeur tantôt vive, tantôt sombre ; il y a tension, boursoufflement de la muqueuse. L'épithélium se desquame et laisse à nu le derme saignant : les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés et il se fait une exsudation plus ou moins rapide de sérosité qui bientôt devient louche-purulente... Les globules de pus peuvent ne pas avoir attendu que l'épithélium soit tombé pour apparaître à la surface de la muqueuse : on les voit parfois

(1) Cornil et Ranvier ; Coyné. — Anat. patholog., 1894, p. 501.

comme dans la gingivite mercurielle, s'infiltrer entre les cellules plus ou moins tuméfiées, et contribuer à leur mortification et à leur chute.

Ces cellules ne sont pas toujours balayées par la salive, mais on les voit s'accumuler à la faveur du moindre obstacle, dans les moindres réduits, et en particulier dans les culs-de-sac creusés par le tartre entre la dent et la gencive. Là, elles contribuent à produire des ulcérations et des fissures. Ces amas de cellules mortifiées se voient surtout dans la fièvre typhoïde (1).

La muqueuse devient souvent fongueuse et peut présenter des bourgeons charnus vasculaires, par exemple, dans le scorbut. Ordinairement, elle se recouvre d'un enduit pultacé qui cache des ulcérations variables en nombre, en étendue et en profondeur. On peut n'en voir qu'une au début, comme dans la gingivite de la dentition ; elles peuvent rester longtemps superficielles (tuberculose) ou gagner rapidement les tissus sous-jacents. Parfois elles sont précédées par des macules, des papules, des vésicules ou des pustules (fièvre aphteuse, rougeole, variole, scarlatine), et dans d'autres cas, elles sont recouvertes par des fausses membranes plus ou moins adhérentes, comme dans la diphthérie.

On voit dans les cas d'intoxication un liseré de teinte variable, qui est formé par de fines granulations métalliques siégeant dans les cellules profondes du revêtement épithélial.

Le derme est infiltré d'une façon diffuse par du pus et de la fibrine : il se désagrège et se mortifie peu à peu. Les microbes qui pullulent, n'agissent pas seulement par leurs propriétés infectieuses et toxiques, mais s'accumulant, ils peuvent arrêter la circulation par une véritable action mécanique : le territoire

(1) *Greletty-Bosviel*. Th. Paris, 1889.

anémié se mortifie, des ulcérations se forment, la gangrène peut survenir.

Le tissu cellulaire sous-dermique est en général œdématié dès le début de la gingivite; plus tard, il pourra être atteint par la marche envahissante de l'infection et suppurer.

Dans certaines formes la sécrétion de la cavité buccale peut être très abondante et devenir muco-purulente. Elle provient d'une exagération de la sécrétion des glandules de la muqueuse à laquelle se joint une exsudation sero-muqueuse abondante rendue louche par une desquamation épithéliale active et la présence de cellules leucocytiques.

Telles sont les principales lésions que nous pouvons rencontrer dans les gingivites infectieuses (1). Il ne faudrait pas croire que ces lésions forment une série invariable dans sa marche, une gamme régulière et toujours régulièrement parcourue. Certains stades peuvent être sautés, certains symptômes peuvent manquer.

La cause locale (tartre, évolution dentaire) produira une inflammation semblable à elle-même si le terrain est sain ou à peu près, mais cette inflammation prendra une marche bien différente et souvent méconnaissable quand ce terrain sera été préparé par une des causes générales que nous avons étudiées. (Intoxication, infection, nutrition retardante). Dans ce dernier cas, l'infection pourra ne pas se localiser uniquement aux gencives mais bien se propager et provoquer des conséquences, des complications qu'il nous reste à étudier.

(1) Dans certaines formes de gingivites toxiques et en particulier dans un cas de stomatite mercurielle, nous avons trouvé des lésions analogues à celles de la gingivite infectieuse (Voir obs. IV).

CHAPITRE III

Conséquences des gingivites.

Les conséquences des gingivites peuvent être d'ordre *local* ou d'ordre *général*.

§ I. — Conséquences locales.

Une des conséquences locales les plus fréquentes de la gingivite est la *généralisation de l'affection à toute la muqueuse buccale*. Les gingivites aphteuses, diphthéritiques en sont des types.

Il y a stomatite secondaire.

Nous avons signalé dans presque toutes les variétés de gingivites la *propagation du mal à la face interne des joues et des lèvres* : les lésions sont de part et d'autre de même nature et parfois de même intensité, c'est ainsi que dans la forme gangréneuse on peut avoir du sphacèle des muqueuses des joues et des lèvres.

Les gingivites peuvent amener la déviation, *l'ébranlement et la chute des dents*, soit que la propagation de l'inflammation au ligament alvéolo-dentaire ait détruit ce dernier (scorbut, diabète, etc.), soit que, comme le veut Cruet, il y ait eu primitivement résorption alvéolaire puis infection (Diabète).

L'infection faisant un pas de plus, nous aurons *l'ostéite du maxillaire* à marche plus ou moins rapide et aiguë avec des alternatives de rémission et d'exacerbation. La suppuration s'établira en ce point, créera des séquestres, provoquera des fistules...

Ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre traitant de l'anatomie des gencives, ces muqueuses sont très riches en vaisseaux lymphatiques : on comprend donc aisément que ce système soit souvent envahi et que les ganglions qui lui font suite soient eux-mêmes plus ou moins tuméfiés.

Comme la gencive inférieure est la plus souvent altérée, ce seront les ganglions sous-maxillaires que nous verrons d'ordinaire engorgés. Cette *adénite* peut n'être qu'un incident sans conséquence au cours de la gingivite et disparaître avec la cause du mal sans même attirer l'attention du malade. Mais elle peut prendre une forme aiguë et devenir fort gênante et fort douloureuse ; l'inflammation s'étend alors à l'atmosphère cellulaire périganglionnaire : elle peut se terminer soit par résolution, soit par suppuration.

Il nous reste à parler d'une dernière complication, heureusement rare, du *phlegmon diffus*. C'est chez les débilités par une cause quelconque, maladie infectieuse antérieure, dyscrasie, misère physiologique, que cette suite terrible de la gingivite peut se rencontrer. Ces phlegmons entraînent souvent des sphacèles et des nécroses importants : de plus, malgré les soins les plus intelligents, ils peuvent se compliquer de phlébite ou de septicémie et amener la mort.

§ II. — Conséquences générales.

Les gingivites, en *génant la mastication*, entraînent à leur

suite des troubles dyspeptiques de toutes sortes : pour la même raison, elles produisent aussi des troubles intestinaux que nous ne faisons que signaler.

Les gingivites, en rendant l'alimentation difficile, presque impossible, contribuent dans certaines affections (urémie, tuberculose), à amener la mort par cachexie.

Une autre cause, déprimante également, réside dans cette *salivation* exessive que nous rencontrons à chaque pas dans l'étude de l'affection qui nous occupe.

La conséquence la plus grave des gingivites vient de l'*auto-infection* :

Celle-ci se signale parfois par des troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, qui peuvent ne durer que quelques heures, mais qui parfois sont des plus tenaces et affectent la forme typhoïdique.

Dans d'autre cas, c'est le système nerveux qui paraît surtout impressionné par les toxines : c'est ainsi que Godelier (1) et Barth (2) rapportent deux cas où, à la suite de gingivites survinrent des phénomènes d'adynamie entraînant la mort.

Enfin, l'infection peut se porter sur un organe en particulier, et y produire des lésions plus ou moins graves, témoin le cas de Brissaud (3) où une gingivite infectieuse fut suivie d'endocardite et de broncho-pneumonie qui emportèrent le malade.

(1) *Godelier*. Gaz. des hôp., 1861, p. 435.

(2) *Barth*. France médicale, 1878, p. 533.

(3) *Brissaud*. Progrès médical, 1878, p. 309.

III^e PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Diagnostic des gingivites

Dans nombre de cas, le diagnostic des diverses variétés de gingivites est des plus ardu : l'examen clinique ne saurait à lui seul nous éclairer toujours et nous devons souvent recourir à la bactériologie.

1^o INTERROGATOIRE.

Etant en présence d'un malade atteint de gingivite, nous l'interrogerons d'abord sur la *date* et le *mode* du début de l'affection.

L'inflammation peut, en effet, s'être installée insidieusement et remonter à un temps déjà long. C'est ce que nous voyons en particulier dans le saturnisme, la tuberculose, le diabète.

Au contraire, elle peut avoir été annoncée par des symptômes généraux graves datant de la veille. L'intoxication mercurielle, la scarlatine, l'urémie débutent ainsi fort souvent.

Munis de ce premier renseignement, nous demanderons au malade si antérieurement il a déjà eu de *semblables atteintes* et à quel sujet ? Certaines intoxications, telles que celles produites par le mercure ou le bromure de potassium, pourront, en effet, donner lieu à des poussées inflammatoires répétées et semblables. Il en est de même dans la grossesse ou au sujet de l'éruption d'une dent.

Lorsque la gingivite est apparue, existait-il une *maladie aiguë* quelconque qui a pu disparaître depuis, ou qui dure toujours ? Ici toutes les *infections* viennent se placer et en particulier les fièvres éruptives.

Nous demanderons enfin à notre malade s'il a eu la *syphilis*, et nous l'interrogerons au sujet d'une *diathèse* quelconque : diabète, rhumatisme, goutte.....

2° EXAMEN GÉNÉRAL.

Parfois, le sujet porteur d'une gingivite nous paraîtra jouir d'une bonne santé, mais plus souvent ce sera un affaibli, un déprimé.

Il sera au *cours d'une maladie infectieuse* quelconque, et alors nous découvrirons sur son corps un *exanthème*, une *éruption* plus ou moins pathognomoniques. C'est ainsi que se diagnostiqueront la scarlatine, la rougeole, la variole, etc. Le *purpura* nous mettra sur la voie du scorbut ; les *œdèmes* nous feront songer à l'urémie ou encore au scorbut ; un *mal perforant*, une plaie qui ne veut pas se cicatriser nous indiqueront le diabète.

Si nous trouvons un *chancre* génital ou un *écoulement uréthral*, il faudra songer à l'origine syphilitique ou blennorrhagique de l'affection gingivale.

Il nous faudra rechercher l'engorgement ganglionnaire.

3° EXAMEN LOCAL.

Les lésions sont-elles circonscrites aux gencives ou occupent-elles toute la cavité buccale ? Où se trouve leur point de départ ?

Quel est l'état de la *dentition* ? Les gencives sont-elles soulevées par une dent qui évolue et cherche à les traverser ? L'âge du sujet a une grande importance et la plupart des gingivites des soldats sont dues à l'évolution de la dent de sagesse (1).

Les *dents* sont-elles *cariées* et n'est-ce pas à leur niveau que se trouve le point de départ de l'inflammation ?

Sans paraître malades, les *dents* peuvent être *ébranlées* et même *tomber* : le diabète et l'ataxie locomotrice produisent assez fréquemment ce curieux symptôme.

Le *tartre* à lui seul paraît devoir donner de légères gingivites, mais sa présence est presque indispensable pour produire la plupart des infections locales que nous avons étudiées : sa recherche devra être faite soigneusement.

— *Quelles sont les lésions des gencives ?*

Il peut n'y avoir que de la *rougeur* et du *gonflement* comme dans certaines formes survenant pendant la grossesse ou au cours de la rougeole : mais cet état n'a rien de pathognomonique.

Ce qui est plus intéressant, au point de vue diagnostic, se sont les *liserés* que l'on voit au bord libre des gencives et dont la coloration se retrouve sur la face interne des joues : c'est au cours d'intoxications qu'on rencontrera ce liseré : il est *noirâtre* dans les gingivites bismuthiques, *bleuâtre ardoisé* dans les gingivites plombiques, *gris blanchâtre* lorsque l'arsenic est la cause du délit.

(1) *Maget*. Th. Paris, 1879.

Presque toutes les gingivites peuvent s'accompagner de supuration et de décollement de la muqueuse, il n'y a donc là rien qui puisse nous aider dans notre diagnostic.

Cependant l'épithélium boursoufflé est tombé et a laissé le derme à nu : ce dernier est souvent saignant, jamais tant que dans le scorbut.

Il se fait à la surface des gencives un *dépôt* qui peut être simplement composé de tartre, de matières organiques en décomposition, de globules de pus, ainsi que nous le voyons dans presque toutes les gingivites ulcérées, ou qui contient souvent de la fibrine et affecte alors la forme de *fausses membranes* : la gingivite diphtéritique en est un type.

Au-dessous de ces dépôts on trouve des *ulcérations*.

L'ulcération a-t-elle été précédée par des *vésicules*, des *pustules*, on peut avoir affaire à une gingivite aphteuse ou à une gingivite variolique. Étaient-ce des phlyctènes qui occupaient la muqueuse, il se peut qu'on soit en présence d'une affection secondaire de l'érysipèle.

Les lésions sont-elles unilatérales on pensera à la gingivite ulcéro-membraneuse ; sont-elles superficielles, il faudra songer à la tuberculose, à l'urémie, à la gingivite aphteuse, aux accidents secondaires de la syphilis.

Les bords en sont-ils déchiquetés, irréguliers, fongueux, saignants, nous savons que le scorbut produit de tels effets.

D'après l'aperçu que nous venons de donner de l'examen d'une gingivite, il est facile de déduire que le diagnostic pourra parfois rester en suspens si on ne s'en tient qu'à l'examen local de l'affection,

Les antécédents morbides aideront beaucoup à se prononcer sur la nature de la gingivite, mais la bactériologie ou la chimie pourront seules donner parfois la clef du problème.

Il faudra analyser les *urines* et ainsi seront dévoilés le diabète ou le mal de Bright.

Il faudra enfin examiner le pus et les dépôts de toutes sortes qui se forment dans les gingivites : la tuberculose, la diphtérie, le scorbut (1) même pourront être ainsi nettement séparés d'autres affections produites par des microbes banaux.

(1) *Babès*. Deutsche med. Wochenschrift, 1893, p. 1835.

CHAPITRE II

Pronostic des gingivites.

Dans le pronostic des gingivites, presque tout revient à la question de *terrain*.

Quelle que soit la cause locale de l'inflammation de la muqueuse si le terrain n'est ni infecté, ni intoxiqué, ni débilité en aucune façon, les lésions ne seront pas graves, et elles guériront très rapidement.

Au contraire, si l'infection locale trouve un terrain profondément imprégné par les toxines ou affaibli par une diathèse grave, elle progressera rapidement et pourra provoquer les accidents et les complications les plus funestes.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une gingivite, ce n'est donc pas l'état plus ou moins avancé des lésions locales qui devra faire porter un pronostic, mais bien l'état général du malade.

Que la diathèse déprimante, que la maladie générale infectante, que l'intoxication soient susceptibles de guérison et presque toujours on pourra répondre de la gingivite : heureusement, c'est là le cas le plus fréquent. Mais si l'organisme est tellement imprégné, que son affection générale soit incurable, la gingivite elle-même n'aura pas de tendance à guérir et contribuera à amener la cachexie et la mort. C'est ce qu'on voit dans la tuberculose et l'urémie.

CHAPITRE III

Traitement des gingivites.

Toute gingivite relevant d'un état général et d'une lésion locale, le traitement devra s'adresser à ces deux facteurs (1).

Nous ne saurions donner dans ce chapitre l'indication des soins nécessités par chacune des maladies infectieuses ou toxiques, causes occasionnelles des gingivites. Qu'il nous suffise de dire qu'avant tout, il faudra favoriser l'élimination des toxiques ou du moins les neutraliser : les diurétiques et les antiseptiques intestinaux trouveront là leur principale indication, on y joindra des toniques.

Comment soignera-t-on les lésions locales des gingivites ?

Chacune de ces dernières, quelle qu'en soit la variété, étant fonction microbienne, il est évident que pour les guérir, il faudra combattre les microbes : le seul moyen connu est l'antiseptie la plus rigoureuse de la cavité buccale.

Avant tout, il faudra enlever soigneusement le *tartre*, ce véritable bouillon de culture que l'on rencontre au début de la plupart des lésions gingivales. Cette ablation sera faite soit extemporanément au moyen d'instruments spéciaux, soit au cours des soins ordinaires de la bouche.

On emploiera pour cela la brosse et le savon, puis on se

(1) *Thomas. Th. Paris, 1891.*

gargarisera soigneusement avec une solution antiseptique quelconque, par exemple avec une solution d'acide phénique à 1/200°, ou de thymol à 1/100°, ou enfin de sublimé à 1/4000°.

S'il existe des fongosités, ces lavages pourront ne pas amener assez rapidement la guérison et on devra alors toucher la muqueuse malade soit avec de l'acide chromique cristallisé, soit avec du nitrate d'argent. On pourra encore employer la teinture d'iode, l'acide phénique pur ou enfin le thermo ou galvano-cautère.

Parmi tous ces moyens de réprimer les fongosités, l'acide chromique (1) est peut-être le meilleur. Il forme une escharre limitée au point touché et qui s'élimine au bout de trois à quatre jours. Une semaine suffit en moyenne pour que l'épithélium soit réformé.

Dans les cas de gangrènes importantes il faudra détruire au thermo-cautère le foyer d'infection en empiétant sur les tissus sains.

Le chlorate de potasse fut regardé pendant longtemps comme un « remède héroïque » (2) de toutes les gingivo-stomatites. On en est bien revenu depuis quelques années et on a constaté qu'il était souvent infidèle ou insuffisant (Panas, Fournier). Il ne faudrait cependant pas nier son influence heureuse sur nombre de gingivites : microbicide faible à l'égal de l'iodoforme, il n'en produit pas moins une action antiseptique indirecte bien reconnue.

Tel est en quelques mots le traitement des gingivites, mais rappelons-nous bien que ces infections ne se déclareront pour ainsi dire jamais quand la muqueuse gingivale et les dents

(1) *Magilot*. Dict. Encycl.

(2) *Laboulbène*. France médicale, 1878., p. 806.

seront en bon état. Recommandons donc l'hygiène de la bouche à tous, mais particulièrement à ceux qui, par une cause quelconque d'affaiblissement général, sont prédisposés à faire des infections locales secondaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Gingivite plombique. (Thèse Paris, Arguello, 1878.)

F..., âgé de 40 ans, peintre en bâtiments, entré le 20 juillet 1878 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, salle Saint-Louis, n° 28.

A son entrée à l'hôpital, il présentait pour la première fois tout le cortège des accidents de la colique de plomb (vomissements, douleur de ventre, constipation, etc.). Ces accidents remontaient à trois jours. En même temps, le malade s'était aperçu qu'il avait mal à la bouche. Grâce aux purgatifs, la colique avait disparu le 25 juillet.

Lorsqu'on examine la bouche, à la date du 27 juillet, on trouve les dents déchaussées et ébranlées; les gencives sont rouges et boursoufflées, mais elles n'ont jamais saigné. Il existe un liseré très chargé à la gencive inférieure. Il semble au malade que ses dents soient allongées. L'haleine est fétide, mais bien moins qu'au début. Pas de tatouage, le malade éprouve une vive douleur quand les dents des mâchoires sont mises en contact les unes avec les autres. Les incisives supérieures sont plus atteintes.

Les selles sont d'ailleurs rétablies, il n'y a plus de douleur et ce malade se considère comme guéri.

OBSERVATION II

Gingivite plombique (Paris, 1878, thèse de M. Arguello).

Au n° 15 de la salle Saint-Charles (Charité), service de M. le professeur Hardy, est un homme atteint de gingivite légère.

P..., 38 ans. peintre en bâtiment, entré le 3 juillet pour coliques de plomb.

C'est sa troisième attaque, dont la première remonte à une année avant la guerre; en a guéri assez rapidement; pas de complications buccales.

27 juillet. Etat actuel: coliques légères, paralysie des extenseurs de la main droite; pas de bruit de souffle anémique au cœur.

Dans la cavité buccale: gingivite peu intense siégeant à la mâchoire inférieure. Coloration rougeâtre s'étendant depuis la racine des incisives jusqu'au repli inférieur de la muqueuse vers la lèvre inférieure; peu de gonflement. Les incisives de cette mâchoire sont déchaussées.

Liseré saturnin peu prononcé.

Pas de fétidité de l'haleine.

Pas de plaques de tatouage.

A la mâchoire supérieure, il n'y a qu'une incisive un peu déchaussée.

Pas de douleurs, pas de gêne dans la mastication.

Etat général bon, teint plombique marqué sur la peau.

OBSERVATION III

Gingivite mercurielle. (Journal des Connaissances médicales, 1892, p. 167. M. DE SAINT-GERMAIN).

Marianne S..., âgée de 30 ans, ménagère, entre le 13 février 1892, salle Sainte-Marie, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Cornil.

Elle est en proie à une anémie qui dure depuis 7 ou 8 ans, et se traduit par les troubles habituels: pâles couleurs, faiblesse excessive, leucorrhée, palpitations, ce qui de temps en temps la contraint de cesser tout travail pendant quelques jours. C'est pour une de ces défaillances qu'elle se présente à l'hôpital.

Le jour de son entrée, il s'ajoute à la teinte cireuse de la peau et à la pâleur des muqueuses un certain degré de coloration ictérique, surtout perceptible sur les conjonctives et à la face inférieure de la

langue. Cet ictère est survenu depuis très peu de temps, car il n'a pas été remarqué ni par la malade ni par son entourage.

Le 14 février, lendemain de son entrée, la coloration jaune des téguments s'accroît ; l'acide nitrique décèle dans les urines une notable quantité de pigment biliaire. Les selles sont décolorées. Le poulx, au lieu d'être ralenti, est plutôt un peu accéléré ; la température est normale. Ajoutons qu'il s'ajoute à cela un état gastrique prononcé.

Traitement : Purgation saline, régime lacté, eau de Vichy.

Le 15 février. L'ictère s'accroît, les matières sont complètement blanches, l'urine est de plus en plus chargée de pigment biliaire. On ajoute alors au traitement, à titre de cholagogue, 50 centigrammes de calomel à prendre chaque jour en deux fois.

Le 16 février. Première prise de calomel : 50 centigrammes en deux fois.

Le 17 février. La température, qui n'avait pas dépassé jusqu'à ce jour 37°6, monte dans l'après-midi à 38°5. La malade, dont les dents et les gencives sont très saines, éprouve une sensation de cuisson dans la bouche, de la douleur dans les masséters avec irritation dans l'oreille droite. L'examen de la bouche ne révèle qu'un certain degré d'œdème de la muqueuse, surtout au niveau du plancher de la bouche, œdème auquel l'ictère communique une teinte citrine.

Seconde prise de calomel : 50 centigrammes en deux fois.

Le 18 février. — La malade éprouve une douleur assez vive dans les parties profondes de la bouche, et on observe de chaque côté, mais surtout du côté droit, en arrière de la dernière molaire inférieure, un décollement de la muqueuse qui paraît à ce niveau exulcérée et couverte d'un enduit grisâtre.

Les gencives sont rouges ; la langue est un peu augmentée de volume, et les dents commencent à s'imprimer sur ses bords.

Pas de fétidité de l'haleine, pas de pyalisme bien marqué ; peu d'état général ; température peu élevée : 38°6. Le calomel est supprimé.

La malade a donc pris en tout 1 gramme de calomel en deux jours et en quatre fois.

Le 19 février. L'état général s'est aggravé notablement depuis

la veille. La nuit a été mauvaise : agitation, insomnie, frissons répétés. Température : 39°7.

Urines rares et foncées.

Pouls : 120.

L'examen local donne l'explication de cette exagération des phénomènes généraux. Les parties inférieures de la face sont tuméfiées, et cette tuméfaction est due, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le palper, non seulement à l'épaississement du corps du maxillaire inférieur, mais encore et surtout à l'augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires, qui sont en même temps très douloureux à la pression.

La langue est saburrale, tuméfiée, et porte sur ses bords l'empreinte des dents.

Les gencives sont rouges, ainsi que la muqueuse de la face interne des joues.

Pas de fétidité de l'haleine. Salivation peu marquée.

Prescription : Gargarisme au chlorate de potasse. Potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 20 février. Même état général. Température, 39° 4.

La tuméfaction du bas de la face a encore augmenté et avec son teint livide, ses ganglions sous-maxillaires volumineux, le malade porte le masque de la diphtérie grave.

La bouche ne s'ouvre qu'avec la plus grande difficulté; néanmoins, on peut constater sur la face interne des joues et de la lèvre inférieure, une série de fausses membranes, correspondant assez exactement à la sertissure des gencives.

Ces fausses membranes sont peu larges, ont des bords assez réguliers, une forme soit ovale, soit arrondie, et une coloration grisâtre; nettement séparées les unes des autres; elles sont entourées d'une zone érythémateuse, et leur adhérence est telle que c'est avec la plus grande difficulté qu'on parvient à les détacher. Audessous d'elles, la muqueuse apparaît rouge et saignante.

Le 21 février. La température a baissé; l'état général paraît meilleur, mais les phénomènes locaux persistent avec la même intensité. Tuméfaction ganglionnaire considérable, extension des fausses membranes dont quelques-unes se confondent, donnant lieu à des formes plus irrégulières.

Apparition de nouveaux éléments pseudo-membraneux sur la voûte palatine, sur la joue gauche où ils ont absolument l'aspect de plaques muqueuses, et à la face inférieure de la langue. Là, les fausses membranes ont un aspect un peu spécial; logées dans les dépressions résultant de l'impression des dents inférieures, elles sont macérées, molles et s'effritent quand on essaye de les détacher. Il est impossible d'en débarrasser la muqueuse qui reste couverte d'un enduit grisâtre très adhérent.

Pas de fétidité de l'haleine, ptyalisme très modéré; gêne ou plutôt sensation douloureuse pendant la déglutition.

Le 23 février. La tuméfaction ganglionnaire a diminué. La déglutition est moins pénible. Le malade peut ouvrir plus facilement la bouche et sortir un peu la langue, mais les fausses membranes persistent. On remplace alors le chlorate de potasse par le sublimé 1/2000 en lotions toutes les deux heures.

Le 24 février. La tuméfaction de la face a presque complètement disparu; le malade peut manger, et l'état de la muqueuse s'améliore certainement.

La zone inflammatoire qui entoure les lésions pâlit et les fausses membranes commencent à s'éliminer.

Lotions de sublimé 1/1000.

Le 25 février. L'amélioration va croissant; la langue a repris son volume normal et sort librement de la bouche; les fausses membranes de la face interne de la lèvre inférieure et celle de la voûte palatine sont les plus tenaces.

Les lotions de sublimé à 1/1000 continuent.

Le 26 février. Etat stationnaire. Les dents se couvrent d'un enduit noirâtre qui est attribué au sublimé; le sublimé pour ce fait seul, alors que l'état local continue d'être excellent, est remplacé par l'acide phénique à 1/50.

Le 5 mars. La malade sort de l'hôpital complètement guérie. Entre temps, l'ictère a disparu. La stomatite a duré vingt jours.

OBSERVATION IV

Stomatite mercurielle (gingivite hypertrophique) survenant, chez une syphilitique héréditaire albuminurique à chaque tentative de traitement mercuriel (1).

La nommée S..., âgée de 16 ans, soignée dans le service de M. le professeur Fournier, a une syphilis héréditaire dont les premières manifestations remontent à l'âge de 7 ans.

Elle eut, à cette époque, des céphalées intenses, des lésions oculaires, des douleurs et des troubles multiples de nutrition qui ont abouti à un véritable état d'infantilisme.

Il y a un an environ commença une véritable syphilis phagédénique qui lui rongea le nez, le voile du palais et s'arrêta à l'entrée du larynx.

En même temps, l'analyse des urines révéla de grandes quantités d'albumine, variant entre 4 et 6 grammes.

Dès qu'on voulut faire le traitement mercuriel, même à faibles doses et sous n'importe quelle forme, la malade eut une stomatite intense. Cette stomatite se manifesta surtout par une gingivite hypertrophique formant des bourrelets saillants de muqueuse rougeâtre saignant facilement.

Un fragment de gencive, excisé par le docteur Goldenstein, fut soumis à l'examen microscopique qui donna les résultats suivants :

A un faible grossissement (Renhart, oc. 2, ob. 2), la région papillaire de la gencive est très hypertrophiée, formant de véritables saillies papillomateuses dont les dentelures pénètrent profondément la région sous-jacente et forment des colonnes épidermiques.

La région sous-papillaire montre de place en place et surtout au voisinage des vaisseaux des taches fortement colorées. La limite de la région papillaire est marquée par un liseré très foncé et épais.

A un grossissement plus fort (Oc. 2, ob. 4), la région papillaire a

(1) Observation inédite due au docteur Gastou.

des cellules volumineuses dont quelques-unes ont des altérations nucléaires. Dans la région voisine du derme existe, entre les cellules épidermiques, de l'infiltration embryonnaire diffuse.

A la limite externe du derme, l'infiltration embryonnaire constitue une véritable nappe.

Les vaisseaux sont dilatés, et autour d'eux existent des amas embryonnaires simulant des nodules infectieux, voire même des gommes miliaries.

En somme, le mercure semble avoir produit ici ce qu'on rencontre dans les infections, c'est-à-dire le nodule infectieux.

Cette gingivite disparaissant dès la cessation du traitement, la syphilis continuant à évoluer dans le voisinage, il y a tout lieu de supposer qu'elle reconnaît comme origine l'intoxication mercurielle.

L'expérimentation montrant, du reste, la même production du nodule pseudo-infectieux chez les animaux intoxiqués par le mercure.

OBSERVATION V

Gingivite bromo-potassique. Docteur MARANDON DE MONTYEL. Gazette des Hôpitaux, 1871, p. 1399.

Henri M..., 36 ans, célibataire, est entré à Ville-Evrard le 5 janvier 1891, atteint de lypémanie dégénérative, avec impulsion érotique et idées de culpabilité imaginaire.

Sous l'influence de l'hydrothérapie, le délire d'Henri M... s'était rapidement apaisé... Cependant il souffrait toujours d'une insomnie opiniâtre, pour laquelle on lui conseilla de prendre, le soir en se couchant, 3 grammes de bromure de potassium.

Trois semaines après, il se présentait à la visite avec une stomatite intense.

Le mal avait débuté, nous raconta-t-il, huit jours auparavant par un mal de dents à la partie postérieure de la mâchoire inférieure gauche. Quarante-huit heures après, la douleur s'était étendue à toutes les gencives qui étaient desséchées, sensibles et brûlantes, en

même temps que l'haleine acquérait une fétidité repoussante qui incommodait le malade lui-même, et contre laquelle il employait des ablutions répétées. Les dents étaient, elles aussi, agacées et douloureuses. Il me semblait, dit Henri M..., qu'elles s'étaient allongées et qu'elles se touchaient. A cette sécheresse succéda, au bout de deux jours, une salivation infecte qui, rapidement, devint si importante pendant la nuit, que le traversin sur lequel reposait le malade en était tout imprégné, et qu'il dut, chaque soir, le changer pour ne pas être incommodé par l'humidité et la mauvaise odeur. La salive coulait à flots. Alors il s'aperçut que ses dents se déchaussaient, car à chaque instant il examinait sa bouche à l'aide d'une glace de poche. Les gencives ne tardèrent pas à devenir saignantes à la moindre pression, et la mastication impossible, tant à cause de la vive douleur qu'elle éveillait, qu'à cause d'une sorte de trismus qui tenait serrées les mâchoires.

Fort des assurances que je lui avais malheureusement données, Henri M... continua à prendre sa potion bromurée et se lava la bouche avec du citron ; mais, trois jours après, la situation était devenue intolérable, la salive contenait des fragments de dents. C'est à ce moment qu'il abandonna son travail des bureaux et resta à la visite.

Un examen local me permit tout de suite d'apprécier que le mal était localisé ; les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, la gorge et les amygdales étaient absolument intacts ; l'inflammation, très intense, était limitée aux régions alvéolo-dentaires, principalement aux inférieures, surtout à gauche, aux parties les plus postérieures et les plus antérieures. Les gencives étaient boursoufflées, tuméfiées, rougeâtres et facilement saignantes. Les dents étaient déchaussées et quelques-unes branlantes ; le corps était intact et aucun enduit ne le recouvrait, mais le collet était tapissé d'un liseré blanchâtre que le malade enlevait, sans difficulté, avec une spatule de bois, et qui répandait une odeur infecte. « Vous voyez bien, soupira le patient, que j'avais raison de vous prévenir que j'allais avoir mal à la bouche. »

Alors, sur nos questions, il nous apprit que c'était la troisième fois que le bromure déterminait chez lui de tels accidents. En 1882, il avait alors 18 ans, il eut à la suite de la mort de sa mère, sa

première crise de folie, qui fut traitée pendant trois mois par ce remède, à la dose quotidienne (croit-il) de 1 gr. 50 à 2 grammes ; mais il ne saurait, à cet égard, rien affirmer. La stomatite débuta, dans le cours du troisième mois de la médication bromurée, par un abcès de la dernière molaire de la mâchoire inférieure gauche, puis l'inflammation gagna toutes les régions alvéolo-dentaires, mais en attaquant, comme cette fois, beaucoup plus violemment la mâchoire inférieure gauche en avant et en arrière, et en laissant intactes les autres régions de la bouche. Cette première stomatite fut plus violente encore que celle de Ville-Evrard, puisque le sujet perdit deux dents, dont une canine, à son grand désespoir, car il était fier de sa belle dentition dont il prenait grand soin. Le médecin traitant n'incrimina pas le bromure de potassium ; et crut tout d'abord à des accidents syphilitiques et, malgré les dénégations énergiques du malade, l'examina minutieusement à ce point de vue. Ne trouvant rien de ce côté, il diagnostiqua le scorbut, et, en conséquence, il interdit l'usage des aliments salés et épicés, du café et des alcools, et conseilla le citron et les légumes frais. Malgré ces prescriptions, tant que Henri M... continua le bromure de potassium pour son état nerveux, la stomatite empira. Il arriva un moment où heureusement l'état de la bouche ne permit plus de prendre le remède qui, par son contact avec les parties enflammées, occasionnait d'intolérables cuissons. Le malade le supprima ; d'ailleurs, les accidents nerveux contre lesquels il était dirigé avaient presque complètement disparu. A partir de cette suppression, l'amélioration de la stomatitese dessina, et une guérison assez rapide s'ensuivit. Néanmoins, ni le médecin, ni le malade ne furent éclairés sur cette évolution ; ils n'établirent aucun rapport entre la médication bromique et l'inflammation buccale. C'est seulement quatre ans après, tandis qu'il était au service, qu'Henri M... soupçonna cette relation. Atteint d'insomnies persistantes, d'origine neuropathique, il consulta, sans entrer à l'infirmerie, le major, qui lui conseilla de prendre, le soir en se couchant, 3 grammes de bromure de potassium. Il ne suivait pas ce traitement depuis quinze jours, qu'il commença, affirme-t-il, à souffrir des dents et des gencives, puis à saliver. Effrayé à l'idée d'un retour de son ancien mal, cause de si vives souffrances, il retourna vers le major qui, lui non

plus, ne vit pas dans le bromure la cause du mal; il prescrivit un collutoire au borax. L'inflammation s'aggravait de plus en plus, quand Henri M... se trouvant mieux de son nervosisme et sans argent pour acheter une nouvelle provision du remède, cessa d'en prendre. De suite, l'état de la bouche s'améliora si rapidement, que le malade en fut frappé, et, se souvenant que jadis les mêmes effets heureux avaient aussi vite suivi la cessation de la médication bromique, il n'hésita pas à attribuer à celle-ci les accidents éprouvés; de là son cri d'alarme, que nous eûmes grand tort de ne pas écouter.

Ces renseignements si précis et si instinctifs nous indiquaient que la suppression du bromure de potassium était la première des indications à remplir. En même temps, nous prescrivîmes un collutoire pour badigeonnage dans la journée, et en potion à prendre, le soir, du chlorate de potasse, si précieux dans la stomatite mercurielle avec laquelle celle que nous avions à traiter offrait tant de points de ressemblance. Une alimentation liquide compléta le traitement. A cinq jours de là, le malade revint à la visite : il souffrait toujours beaucoup. « En me badigeonnant toute la journée avec le collutoire, me dit-il, je me sens très soulagé et le soir je vais mieux, mais le matin au réveil j'ai la bouche en feu, car le mal récupère, pendant la nuit, toute son intensité. Je crois, ajouta-t-il, que je n'ai point cessé de prendre le bromure, je le crois parce que ma bouche reste malade, et que la potion prise en me couchant a le même goût qu'autrefois. » Immédiatement, je contrôlai le cahier de pharmacie et ce contrôle lui donna raison. Ayant mal compris ma prescription, l'interne de service avait cru que, pour le soir, je maintenais le bromure, et il n'avait porté que le collutoire au chlorate de potasse. Certes, cette erreur était regrettable puisqu'elle avait prolongé les souffrances du patient, mais elle apporta une nouvelle preuve en faveur de l'origine bromo-potassique de la stomatite, car le remède, cette fois, dûment supprimé, l'amélioration s'ensuivit sans retard. En six jours, la mastication de la mie de pain trempée dans du lait ou du bouillon était redevenue possible, en moins de quinze jours la guérison était complète.

OBSERVATION VI

Gingivite rubéolique. Thèse de JULIEN (Paris, 1886).

D... (Lucie), née le 2 janvier 1885, est entrée le 17 avril dans la salle de rougeole (Enfants-Assistés), au début de l'éruption.

Le 18. Ce matin, on remarque un enduit pultacé sur les deux faces de la gencive inférieure et sur la face interne des lèvres. Il n'y a pas de plaques véritables. La lèvre inférieure est un peu sèche, mais ne présente pas de fissure.

Sur la face interne de la joue gauche, en arrière de la commissure, on aperçoit une petite plaque grisâtre de la grandeur d'une petite lentille.

La lèvre supérieure ne présente aucune lésion.

Le 19. Il existe toujours une petite plaque pultacée sur la lèvre inférieure, près la commissure droite. Il y a également une petite plaque blanc-grisâtre, un peu épaisse, près de la commissure gauche. La lèvre supérieure est toujours indemne. Les gencives sont dans le même état.

Le 22. Les gencives se détergent. La petite plaque de la joue gauche a disparu.

Les deux petites plaques de la lèvre inférieure persistent encore.

Le 24. Ces deux plaques ont diminué de grandeur.

Le 26. L'enfant sort guérie. La stomatite a été traitée par la poudre d'iodoforme.

OBSERVATION VII

Gingivite rubéolique (Thèse de M. RAGON, Paris 1859).

M ..., âgé de 6 ans, chétif, d'une constitution lymphatique, est entré le 4 juillet avec une rougeole peu intense, dont l'éruption n'a duré que deux jours.

27 juillet. OEdème de la face et des membres inférieurs.

30 juillet. OEdème des parties abdominales, bourses, verge.

2 août. Infiltration du dos, urines albumineuses. Les jours suivants l'œdème diminue.

16 août. Eruption sous forme de papules très petites, plus confluentes à la face que sur les membres supérieurs : il n'y a plus d'albumine dans les urines.

20 août. Disparition de l'éruption.

28 août. La muqueuse buccale est rouge, douloureuse; on remarque deux ulcérations à la face interne des lèvres; un liseré blanc existe autour des dents sur le bord alvéolaire des gencives; l'haleine est fétide.

On cautérise les ulcérations avec du nitrate d'argent. Le lendemain l'haleine est encore plus fétide, la bouche beaucoup plus rouge et les ulcérations plus larges.

Nouvelle cautérisation; on donne un citron pour gargariser les gencives.

L'usage du citron produit un bon effet sur les gencives et sur toutes les parties avec lesquelles il se trouve en contact et le 4 septembre la stomatite a disparu; l'état du malade est excellent, l'appétit est très bon.

Cependant, le 9, un léger degré d'infiltration semble s'être produit : on prescrit de nouveau des bains de vapeur, et l'enfant sort guéri le 14 septembre.

OBSERVATION VIII

Gingivite rubéolique (Thèse de BARTHE, 1885), Paris.

Emes (Augustine), 6 ans, entrée le 12 mai 1840, à l'hôpital des Enfants-Malades. Salle Saint-Etienne.

Rougeole, gangrène pulmonaire.

Le 17 juillet, en s'approchant de l'enfant, on s'aperçoit que sa bouche exhale une odeur gangréneuse.

En examinant cette cavité, on trouve que la gencive inférieure gauche est, dans presque toute son étendue, noirâtre, molle, fétide,

et que les dents correspondantes sont ébranlées (cautérisation à l'acide chlorhydrique; eau de riz vineuse gommée); mort le soir même.

Autopsie. — La gencive est ulcérée, noire, ramollie, fétide; au niveau de la deuxième molaire, à gauche, le périoste alvéolo-dentaire est lui-même ramolli et d'un brun foncé.

OBSERVATION IX

Gingivite rubéolique (Thèse de BOUDET, 1843), Paris.

Hergalen (Agathe), 2 ans, entrée le 3 juillet 1840, salle Sainte-Anne; mauvaises conditions hygiéniques, mauvaise constitution. Depuis le mois de janvier 1840, dépérissement.

Le 18 juillet, éruption rubéolique confluyente sur tout le corps.

Le 15 août, odeur fétide de la bouche; la gencive est ulcérée au niveau de plusieurs dents de la mâchoire inférieure. La muqueuse est grisâtre, inégale (on cautérise avec l'acide chlorhydrique).

Le 16 août, de petites escharres se montrent au bord libre des deux lèvres. Mort le même jour.

OBSERVATION X

Gingivite aphteuse. — M. Pètre, Thèse de Paris, 1894.

M^{me} X..., d'une santé habituelle parfaite, est prise le 16 décembre 1885 de courbature, de céphalalgie, elle éprouve quelques frissons, rien dans la gorge ni dans la poitrine.

La langue est blanche, étalée; les gencives sont rouges, tuméfiées; l'haleine répand une odeur désagréable. On fait le diagnostic d'embarras gastrique. Cependant, devant l'état des gencives, on prescrit à la malade un gargarisme avec l'eau de Vichy.

Le 17 décembre. Le gonflement des gencives a augmenté, elles sont rouges, saignantes, légèrement décollées. Cet état est surtout

prononcé sur les gencives inférieures de chaque côté ; à l'angle du maxillaire inférieur, on trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette, mobile, très douloureux. M. Barthélemy prescrit un purgatif à prendre dans trois jours.

Le 21 décembre. Il est appelé près de la malade, parce que la fièvre continue ; elle n'est pas cependant très intense. Toute la bouche est le siège d'une inflammation diffuse. La malade éprouve une sensation de brûlure qui rend le sommeil et l'alimentation impossibles.

Depuis deux jours, dit la malade, est survenue l'éruption de vésicules qui criblent la voûte palatine. Elles sont remarquables par leurs dimensions égales, par leur coloration d'un blanc éclatant ; elles sont aplaties. Quelques-unes sont confluentes. Il y a trois vésicules sur la langue, une au niveau de la pointe, les deux autres du côté droit de la partie antérieure.

A la face postérieure de la lèvre supérieure, on voit une ulcération de l'étendue d'un haricot, recouvert d'une couenne lisse, grisâtre, très adhérente, limitée par des bords polycycliques saillants un peu indurés, d'un rouge vif.

Sur la lèvre inférieure, il y a sept ou huit grosses vésicules aplaties, sèches, sur le point de s'encroûter.

Les vésicules aphteuses qui siègent sur la voûte palatine deviennent de plus en plus confluentes au fur et à mesure qu'on se rapproche des gencives, et l'on ne remarque bientôt plus qu'un dépôt grisâtre couvrant toute la gencive.

Les lèvres sont tuméfiées. La salivation est très abondante. La mastication est impossible, la déglutition très douloureuse. La malade parle difficilement.

T. 38°. P. : 100. On fait de fréquents lavages boriqués. Cet état persiste pendant plusieurs jours.

Le 29 décembre. Les gencives sont encore rouges, sensibles, mais les ulcérations ont disparu.

Le lait semble devoir être seul incriminé. La malade en faisait usage sans prendre la précaution de le faire bouillir.

OBSERVATION XI

Gingivite aphteuse. — M. Pètre, Thèse de Paris, 1894

M^{me} L..., 24 ans, Bagnolet. Rougeole à 8 ans. Depuis, bonne santé habituelle.

Le 31 octobre 1893, elle est prise de céphalalgie, de courbature, de frissons. La température n'a pas été notée. Elle est obligée de se coucher.

Le 2 novembre, on constate de la rougeur, de la tuméfaction des gencives supérieures et inférieures. La mastication est très pénible et on ne peut toucher les gencives sans provoquer une douleur très vive. La salivation est abondante. La malade est obligée d'avoir un mouchoir devant la bouche pour recueillir la salive qui s'écoule continuellement. Elle ne peut pas faire de mouvements de déglutition tellement la douleur est vive. L'haleine est fétide. De plus, on remarque sur quelques points de la voûte palatine et des gencives, un enduit opalescent faisant tache sur la muqueuse très rouge. Ces plaques sont d'inégales dimensions. Quelques-unes mesurent près d'un centimètre de diamètre. La langue est saburrale et l'odeur de la bouche est désagréable.

La malade ne voit aucune cause à son mal. Elle n'a jamais pris de mercure. Ses dents sont en bon état.

La température égale 39° le soir, et le pouls est à 112.

On prescrit des gargarismes à l'eau boriquée, et une solution de chloral.

3 novembre. L'état de la malade ne s'est guère modifié. Elle a mal dormi, et la douleur est toujours vive. T. 38°; P. 100.

4 novembre. Amélioration très sensible. La douleur est moins vive; la salivation moins abondante et mêlée d'un peu de sang. T. 37°; P. 80. Les plaques opalines ont disparu, et à leur niveau la muqueuse est ulcérée, légèrement saignante.

A partir de ce moment, la guérison est survenue rapidement.

La malade prenait du lait non bouilli, provenant d'une vacherie où existait une épizootie de fièvre aphteuse.

OBSERVATION XII

Gingivite scorbutique. M. A. QUENNEC (Thèse de Bordeaux, 1889).

Le Berr (Pierre), matelot de pont à bord du *Fontenoy*, entre le 21 janvier 1883, à la salle n° 10, pour « scorbut ».

Il y a une vingtaine de jours environ, alors que le transport était en désarmement dans l'arsenal de Brest, Le Berr se sent pris sans cause aucune, dit-il, de courbatures généralisées qui le mettent dans l'impossibilité de faire la moindre corvée ; peu de jours après, stomatite intense ; ses jambes « noircissent ». On se décide alors à l'envoyer à l'hôpital.

A l'arrivée, nous constatons à l'examen de la bouche les symptômes suivants : ses gencives sont fongueuses et saignantes, surtout en arrière au niveau des grosses molaires ; les dents sont mal entretenues ; dépôt de tartre assez épais ; elles sont déchaussées, sensibles et rendent la mastication difficile, pour ne pas dire impossible ; l'haleine est fétide ; anorexie complète ; salivation abondante. On remarque sur les membres inférieurs des plaques ecchymotiques, plus larges et plus nombreuses aux jambes qu'à la cuisse.

Rien de particulier à noter du côté des autres organes.

Traitement. — Lait, gargarisme chloraté à 4 grammes, pommes de terres râpées. Cresson.

Régime alimentaire, le quart d'aliments.

Le 3 février, Le Berr quittait l'hôpital, assez complètement guéri pour pouvoir aller jouir d'un congé de convalescence de trois mois.

OBSERVATION XIII

Gingivite scorbutique. — M. Henri PETIT. Thèse de Paris, 1890.

Le nommé Manineu John, âgé de 22 ans, matelot à bord de

l'Inca, né en Finlande. Entré le 11 décembre 1889, salle Saint-Luc, lit n° 38, hôpital général, au Havre, service de M. le docteur Dujardin.

Ce matelot est très faible et très anémié. A son entrée, il avait de la contracture des masséters. Les muscles de la paroi abdominale étaient très durs, comme contractés ; le thorax aussi semblait immobilisé et le malade respirait avec difficulté. Les moindres mouvements d'expansion du thorax étaient, pour le malade, le point de départ de crises douloureuses.

Toute la surface cutanée est d'un jaune sale et très sèche, etc...

Aux membres supérieurs et inférieurs, on reconnaît les lésions ordinaires du scorbut...

Les gencives sont d'un rouge vineux et très tuméfiées ; elles sont le siège d'un écoulement sanguinolent continu. Il existe aussi une perte de substance assez notable en avant et au niveau des deux incisives inférieures. Ces deux dents sont en partie déchaussées ; on voit une partie de leur racine. La perte de substance constitue sur le bord gingival une petite encoche à concavité supérieure qui est ulcérée et saignante. Au niveau des grosses molaires, à l'union de la muqueuse gingivale et de la muqueuse buccale, existent aussi des ulcérations.

La voûte palatine est le siège de petites taches ecchymotiques qui tranchent sur la coloration pâle générale de la muqueuse.

Deux petits ganglions douloureux sous les angles maxillaires.

OBSERVATION XIV

Gingivite typhoïdique, M. E. REVILLIOD. Thèse de Paris, 1886.

Un enfant de 5 ans 1/2 qui, le jour même où s'établit sa convalescence d'une fièvre typhoïde bénigne, ayant duré seize jours, eut les gencives de la mâchoire supérieure gauche bordées d'un liséré, avec ulcérations superficielles grisâtres. En même temps, l'haleine avait une odeur très fétide. Cet accident n'eut, du reste, aucune suite, car huit jours après, sans que la température eût dépassé la normale, les ulcérations étaient cicatrisées et la bouche en très bon état.

OBSERVATION XV

Gingivite blennorrhagique. M. MÉNARD, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889, page 680.

Homme de 45 ans environ, de tempérament vigoureux, ayant une blennorrhagie de trois mois; il y a trois jours, malaise général, céphalalgie : exanthème au membre supérieur; le surlende main érythème aux cuisses, qui disparaissent en quatre jours. A ce moment, orchite droite. Quinze jours après l'apparition de l'orchite, le malade nous fait appeler à nouveau; il se plaint de soif et de chaleur dans la bouche; fièvre intense.

L'examen de la bouche révèle ce qui suit : la muqueuse buccale est le siège d'une coloration rouge vif; sur la gencive du côté gauche, au niveau des dernières molaires inférieures et à la face interne de la joue gauche, elle présente de petites plaques en relief où la coloration rouge est encore plus prononcée; de plus, la muqueuse forme un bourrelet prismatique et longitudinal correspondant à l'espace qui sépare les deux arcades dentaires. Il arrive même que ce bourrelet se trouve pincé entre les molaires inférieures et supérieures, et saigne.

Traitement. — Gargarisme émollient. Sulfate de quinine.

Le lendemain, le malade souffre toujours beaucoup de la bouche; l'haleine est fétide, la salive s'écoule abondamment et oblige le patient à cracher souvent; toutes les parties de la muqueuse bucco-gingivale qui, la veille, faisaient relief, et présentaient un maximum de coloration se sont sphacélées, recouvertes d'un enduit pultacé et offrent des solutions de continuité allongées dans le sens antéro-postérieur. Les bords des ulcérations sont violacés et taillés à pic. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Nous reconnaissons l'existence d'une stomatite ulcéro-membraneuse des plus nettes. La fièvre, qui la veille était très accusée, est presque nulle. Nous cessons l'usage du sulfate de quinine et prescrivons un gargarisme au chlorate de potasse, en même temps nous recommandons d'appliquer sur les ulcérations du chlorate de potasse finement pulvérisé.

Nous revoyons le malade pendant une huitaine de jours, aucun changement notable ne s'est opéré ; le bourrelet que nous avons signalé sur la muqueuse buccale est toujours très prononcé ; des ulcérations nouvelles ont continué à se former et sont devenues confluentes, de sorte que toute la moitié gauche de la muqueuse buccale est presque entièrement ulcérée et recouverte de fausses membranes.

Au bout de huit à dix jours, constatant l'inefficacité du chlorate de potasse, nous faisons une large cautérisation au nitrate d'argent, laquelle, répétée deux fois dans la suite, amène une prompte cicatrisation.

Nous avons vu le malade ces deux dernières années, la santé est excellente.

OBSERVATION XVI

Gingivite des femmes enceintes. — A. PINARD, professeur agrégé
et D. PINARD, 1886.

La nommée D..., fleuriste, âgée de 31 ans, primipare, est enceinte de 7 mois environ. Cette femme, née à Paris et y ayant toujours demeuré, est d'une constitution assez faible. Il n'y a point de constipation.

Examen de la bouche : les dents sont saines au niveau de la mâchoire supérieure, mais deux sont cariées au niveau de la mâchoire inférieure. Les dents sont incrustées de tartre, en petite quantité il est vrai : elles ne sont point ébranlées.

Les gencives sont gonflées et leur bord libre est manifestement fongueux. Dans l'intervalle de chaque dent de la mâchoire inférieure on observe de véritables bourgeons charnus, surtout au niveau des incisives et des canines.

Sous l'influence de la mastication, les bourgeons saignent avec abondance. Les douleurs spontanées n'existent pas, mais la moindre pression fait beaucoup souffrir la malade.

Traitement commencé, la bouche ayant été nettoyée le 16 juin.

Le 17. Les gencives sont déjà bien moins tuméfiées.

Le 19. Elles ne saignent plus.

Le 22. Plus de douleurs.

Le 30. Guérison complète.

OBSERVATION XVII

Gingivite des femmes enceintes. — A. PINARD, professeur agrégé
et M. D. PINARD, 1886.

La nommée M..., blanchisseuse, âgée de 22 ans, est accouchée depuis quelques jours de son deuxième enfant. Cette femme n'est jamais constipée. La première grossesse n'a amené aucun trouble notable du côté des gencives.

Pendant le cours de la deuxième, les symptômes morbides furent accusés. Ce n'est que depuis l'accouchement que les douleurs vives se font sentir au niveau des gencives.

Examen de la bouche : dents saines, mais recouvertes de tartre. Décollement assez prononcé. Les gencives sont surtout tuméfiées et présentent un bord festonné très rouge au niveau des incisives supérieures et inférieures, là où cependant il n'y a pas de tartre. Léger écoulement sanguin pendant la mastication.

Traitement. — Commencé le 21 mai.

Le 24, les gencives ne saignent plus.

Le 29, elles présentent un aspect presque normal.

Le 1^{er} juin, disparition des douleurs.

Le 5, guérison complète.

OBSERVATION XVIII

Gingivite des femmes enceintes. (A. PINARD, professeur agrégé
et M. D. PINARD, 1886).

La nommée E..., femme de ménage, âgée de 28 ans, habitant Paris depuis quatre ans, est au huitième mois de sa première

grossesse. Cette femme, fortement constituée, n'a jamais été malade. Elle a toujours été constipée.

Les douleurs au niveau des gencives ont commencé avec la grossesse.

Examen de la bouche : Ses dents sont recouvertes d'une couche limoneuse noirâtre ; elles ressemblent aux dents des fumeurs. Il y a un peu de tartre du côté droit. Presque toutes les dents remuent.

Les gencives sont régulièrement tuméfiées ; elles saignent facilement, sont si douloureuses, que cette femme ne peut manger qu'avec la plus grande peine.

Traitement commencé le 16 juin.

Le 26, mieux sensible, les douleurs sont moins vives.

Le 28, accouchement.

Traitement repris le 1^{er} juillet.

Guérison complète le 7 juillet.

OBSERVATION XIX

Poussées de gingivite catarrhale survenant au moment des règles chez une malade présentant quelques altérations dentaires légères (1).

M^{me} X..., âgée de 40 ans, est atteinte d'altérations dentaires très légères pour lesquelles elle est en traitement suivi.

Elle a toujours eu la bouche en bon état et bien entretenue.

Il survient cependant chez elle depuis un an environ, et à chaque période menstruelle, les phénomènes suivants :

Douleur à siège facial, affectant la forme de névralgie faciale ou de névralgie du trijumeau puis, consécutivement, sensibilité dentaire, tuméfaction des gencives qui deviennent rouges, douloureuses au toucher.

Le rebord gingival se limite au bout de deux à trois jours par un liseré d'une teinte rouge vif, quelquefois même avec apparence hémorrhagique.

(1) Observation due à l'obligeance de notre excellent ami, le docteur Gastou.

L'affection dure desix à huit jours, et la guérison s'effectue spontanément.

La malade est prévenue du retour de la gingivite, d'une part par l'apparition de douleurs névralgiques et d'autre part par la périodicité liée aux menstrues.

OBSERVATION XX

Gingivite urémique.

M. Barrié, *Archives générales de médecine*, 1889, p. 422.

Femme de 33 ans, entrée le 27 décembre 1879 à l'hôpital Necker. Toujours souffrante depuis six mois. elle a vu depuis six semaines apparaître chez elle tous les symptômes du mal de Bright. Il y a un nuage d'albumine dans ses urines...

Le professeur Potain porte le diagnostic d'urémie dans le cours d'une néphrite interstitielle d'allure grave.

Pendant quelques jours, il n'y eut pas de modifications appréciables dans l'état de la malade, sauf la répétition des épistaxis ; la face et les membres considérablement infiltrés, prenaient de jour en jour une pâleur considérable ; la salivation un peu ralentie reprit de nouveau en abondance.

Le 2 janvier, l'attention est appelée tout particulièrement du côté de la bouche. La langue, la face interne des lèvres et des joues sont recouvertes d'un enduit épais, grisâtre, d'odeur saburrale, d'une épaisseur considérable ; le ptyalisme est d'une abondance excessive ; mais la malade, crachant sans cesse autour d'elle ou laissant s'écouler de la salive sur ses couvertures, il n'a pas été possible d'apprécier la quantité de liquide excrété. La cavité buccale, débarrassée de cet enduit pultacé qui la tapisse, présente une rougeur assez vive, surtout à la face interne des lèvres et sur les gencives ; le papier bleu de tournesol n'est pas modifié dans sa coloration.

Le lendemain, on découvre dans la bouche trois ulcérations des plus manifestes ; l'une occupe la face muqueuse de la lèvre inférieure du côté gauche ; les deux autres siègent sur la gencive inférieure du côté opposé. Ces ulcérations sont oblongues, irréguliè-

res, et ayant près de 1 centimètre dans leur plus grand diamètre ; les bords sont inégaux ; le fond est recouvert d'un enduit plâtreux grisâtre très fétide, et le pourtour des ulcérations est rouge, violacé, luisant, comme vernissé.

Les jours suivants, ces ulcérations très douloureuses au toucher, s'étendent en profondeur ; l'une d'elles a produit autour de la dent un décollement manifeste. Le fond des ulcérations est granuleux, gris brun, mais non sanguinolent ; il n'existe pas d'aspect fongueux des parties péri-ulcéreuses.

Bientôt la face interne de la joue droite présente, vers son milieu, une nouvelle ulcération dont l'évolution est si rapide qu'elle tourne au sphacèle ; le pourtour est très dur, et le fond de l'ulcère devient brun noir.

Cependant, l'état général de la malade est très mauvais ; les accidents urémiques sont plus marqués, subdélire, dyspnée excessive ; les deux poumons sont remplis de râles sous crépitants ; l'urine est très albumineuse. La salivation est très considérable ; les mouvements de mastication extrêmement pénibles. De chaque côté, on trouve un engorgement sous-maxillaire considérable. Le malade s'éteint le 10 janvier.

CONCLUSIONS

1° La gingivite, ou inflammation de la gencive, n'est pas une maladie spécifique produite par un même microbe pathogène, ou reconnaissant une cause unique.

2° Pour qu'il y ait gingivite, il faut qu'à une cause d'ordre général se joigne une cause locale d'infection.

Les causes locales sont : l'état des gencives, l'évolution et l'état des dents, la présence du tartre.

Les causes générales sont : les intoxications, les maladies infectieuses, les maladies de nutrition.

3° L'inflammation produite par ces deux ordres de causes présente schématiquement trois formes : Forme catarrhale, forme suppurative, forme gangréneuse, pouvant constituer les degrés ou les stades de l'infection gingivale, chacun d'eux pouvant prendre une importance prédominante : d'où les variétés de gingivites.

4° Ce sont principalement les causes générales énumérées plus haut, qui président à cette variété de formes infectieuses.

5° La question de terrain a non seulement de l'importance au point de vue du développement de l'infection gingivale, mais c'est elle qui assure le diagnostic des variétés, permet le pronostic et règle le traitement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arguello*. — Des stomatites fétides. Th. Paris, 1878.
Auché. — Traité de Méd. et de Thérap. Art. variole.
Barth. — Gangrène spont. des gencives. France méd., 1878 (537).
Barié. — Stomatite urémique. Arch. gén. de Méd., 1889.
Bergeron. — Dict. encycl. Art. stomatites.
Bontemps. — Gingivites. Th. Paris, 1880.
Bouchard. — Thérapeutique des mal. infect., 1889.
Bouchut. — Stom. ulcéro-membraneuse. Gaz. des hôp., 1876 (73).
Bourges. — Angines de la scarlatine. Th. Paris, 1891.
Brissaud. — Stom. et endocard. infect. Progrès méd., 1885 (311).
Brun. — Accidents des antiseptiques. Th. agrég., 1886.
Buisseret. — Gingivites. Journal l'Odontologie, déc. 1893.
Carret. — Ging. dans rougeole. Th. Paris, 1871.
Carrière. — Ging. explosive. Union méd., 1860.
Caubet. — Ging. dans rougeole. Th. Paris, 1889.
Chaillou. — Liséré gingival. Th. Paris, 1878.
Chauvin. — Ulcér. de la bouche. Th. Paris, 1874.
Chipault. — Gangrène, nécrose, inf. purulente. Bull. Soc. Anat., 1862 (444).
Comby. — Stom. de l'enfance. Revue de méd. de l'enf., 1888.
Conte. — Muqueuses et microb. Soc. de biol., 1893 (859).
Cornudet. — Dents de sagesse. Th. Paris, 1887.
Contemoine. — Stom. ulcéro-membran. Th. Paris, 1881.
Coyne. — Anatomie pathologique.
Dalché et Villejean. — St. bismuth. Arch. de méd., 1887 (129).

Dastre et Morat. — Nerfs de cavit. buccale. C. R. de Soc. de biol., 1882 (462).

David. — Microbes de la bouche, 1890.

David. — Stom. aphteuse. Arch. gén. de méd., 1887 (317).

Debierre. — Anatomie humaine.

Didsbury. — Gingiv. chez fem. enceintes. Th. Paris, 1883.

Dubouchand. — Ging. dans rougeole. Th. Paris, 1859.

Fernet. — Dict. de méd. et chir. pratiques. Art. bouche.

Fournier. — Stom. mercurielle. Union méd., 1890 (849), et 1891 (70-169).

Fourrier. — Ging. et grossesse. Th. Paris, 1890.

Gulippe. — Tartre, J. des C. M., 1886. Dents de sag., J. des C. M., 1892.

— Gingivites J., des C. M., 1890. Dents et ataxie, J. de C. M., 1882-86.

Gallas. — Dent de sagesse. Th. de Bordeaux, 1889.

Gentilhe. — Stom. impétigineuse. Th. Bordeaux.

Gestat. — Ging. scarlatine. Th. Paris, 1892.

Giraudeau. — Ging. tubercul. Soc. méd. des H., 1894 (414).

Godelier. — Gangrène, septicémie. G. des H., 1861 (437).

Grellesty-Bosviel. — Alt. de la bouche dans f. typhoïde. Th. Paris, 1888.

Guinon. — Traité de méd. Art. rougeole (99).

Hardy. — Salive. Médec. moderne, 1889 (310).

Hirtz. — Stomat. aphteuse. J. de méd. de Paris. Nov. 1889.

Julien. Stomat. rubéolique. Th. Paris, 1886.

Julliard. — Ulcérat. tuberculeuses. Th. Paris, 1865.

Lancereaux. — Stom. urémique. Union méd., 1888 (331).

Landois. — Physiologie humaine.

Laffin. — Et. des Arc. alvéolo-dent. Th. Paris, 1876.

Lebon. — Stom. chez enfants. Th. Paris, 1893.

Lécorché. — Du diabète.

Le Dentu. — Ulcér. tuberculeuses. Ass. franç. p. avan. des sc., 1876 (884).

Le Gendre. — Infec. second. de la bouche. Conc. méd., 18 mars 1891.

— Traité d'intis. médicale. Tome I.

Letulle — L'inflammation.

- Mayet.* — Stom. ulcéreuse. Th. Paris, 1879.
Magitot. — Ostéo-périost. et color. dentaire.
— Gingivite. Gaz. des H., 1876-77-78-79.
— Art. gencives. Dict. encyclop.
Magnien. — Th. Paris, 1880.
Marandon de Montyel. — Stom. bromo-potassique. Gaz. des hôp., 1891 (1.399).
Marchal de Calvi. — Stom. mercurielle. Union méd., 1860 (499).
Marchandé. — Périost. al. dent. dans rhumat. R. gén. de cl. et thér., 1892 (245).
Maurel. — Stom. mercur. Bull. méd. 25 juillet 1894.
Ménard. — Ging. blennorrh. Arch. de dermat. et syph., 1889 (679).
Merkel. — Anat. tograph.
Metchnikoff. — Inflammation.
Netter. — Microb. path. de la bouch. J. de méd. et de chir. août 1889.
Parrot. — Syphilis héréditaire et rachitisme.
Pètre. — Stom. aphteuse. Th. Paris, 1894.
Petit. — Scorbut. Th. Paris, 1890.
Pierre. — Stomatites. Art dentaire. Juillet 1890.
Pinard frères. — Gingiv. dans la grossesse. 1871.
Poinsot. — Accid. de 1^{re} dent. Th. Paris, 1893.
Poulain. — Stom. diphtéroïde. Th. Paris, 1892.
Quennec. — Scorbut. Th. Bordeaux, 1889.
Revilliod. — R. clin. sur mal. des enfants. Th. Paris, 1886.
Richards. — Ging. dans rhumat. Ac. de méd. de New-York. 21 fév. 1893.
Richet. — Périodontite expuls. Th. Paris, 1890.
Rilliet et Barthez. — Mal. de l'enfance.
Rollet. — Dict. encycl. Art. bouche.
Rondot. — Stom. dans varicelle. Gaz. hebd. des sc. de Bordeaux, 1889.
Routier. — Stom. ulcér. memb. France méd., 1878 (797).
Sanné. — Dict. encycl. Art. scarlatine.
Sappey. — An. phys. et path. des v. lymph., 1875.
Sévestre et Gastou. — Stom. diphtér. Soc. méd. des H., 1891.
Tennessee. — Stomatites. J. des praticiens. 15 déc. 1894.

- Testut.* — Anatomie humaine.
Thiercelin. — Stom. dipht. France méd., 1892.
Thirty. — Stom. infect. J. de méd. et de ch. pratiques. Nov. 1889.
Thomas. — Traitement antiseptique. Th. Paris, 1891.
Tomes. — Anatomie dentaire. Th. Paris, 1883.
Trélat. — Nécrose phosphorée. Th. d'agrég., 1857.
— Ulcér. tuberc. Mém. de l'Ac. de méd., 1869.
Vidal et Bezançon. — Streptocoq. dans la bouche. Soc. méd. des H. Juillet 1894.
Vignal. — Micro-organismes de la bouche. Arch. de physio. 1886-87.
Wickham. — Ging. tabétique. Ann. dermat. et syp., 1894 (44).
-

Vu : Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

